



Centre d'études en Santé

***Service d'Epidémiologie Clinique
et de Santé Publique***

***Enquête de Satisfaction des Résidents en Institutions
bénéficiant de l'Assurance Dépendance***

Rapport Final

	Centre d'études en Santé
	<i>Service d'Epidémiologie Clinique et de Santé Publique</i>
<i>Enquête de Satisfaction des Résidents en Institutions bénéficiant de l'Assurance Dépendance</i> <i>Rapport Final</i>	
<u>Auteurs :</u> Marie-Lise Lair Directrice Centre d'Etudes en Santé <u>Collaborations :</u> Joël Weis Céline Diederich Dritan Bejko	<u>Destinataires :</u> Dr Nathalie Rausch, médecin directeur, Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance Mme Andrée Kerger, chargée de direction adjointe, Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance
Référence document : Direction/Projet Satisfaction Maison Soins/Rapport Final N°version : 3.0 Date publication : 25-07-2011	

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements :

- A toutes les personnes résidant en établissements d'aides et de soins ayant accepté de participer à cette étude, ainsi qu'à leurs proches lorsqu'ils étaient présents ou ont servi d'intermédiaire. Leurs témoignages ont permis d'éclairer leurs attentes. Nous avons scrupuleusement veillé à respecter leur parole et à transcrire le plus fidèlement possible leur avis.
- Aux directions des établissements, au personnel qui ont accueilli cette étude avec bienveillance, ont facilité la rencontre entre les enquêteurs et les résidents, et ont accepté de répondre à l'enquête institutionnelle.
- A l'équipe de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance qui a assuré le tirage au sort des participants selon les consignes données par le Centre d'Etudes en Santé. Un remerciement plus particulier est adressé à Mme Andrée Kerger et à Dr Nathalie Rausch pour la confiance accordée et pour leur collaboration efficace lors de l'élaboration du concept de l'étude.
- Aux enquêteurs qui ont veillé à établir une relation positive tant avec les participants qu'avec les directions des institutions, aidant ainsi à la réussite de l'étude.
- A l'équipe du Centre d'Etudes en Santé qui a participé à la saisie des données, au contrôle qualité, ainsi qu'au traitement des données.

Résumé

Ce rapport présente les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2009 auprès de 361 personnes résidant en établissements d'aides et de soins à séjour continu, bénéficiant de l'Assurance Dépendance (AD), ne présentant pas de troubles cognitifs ou psychiatriques.

Cette enquête a été réalisée par interview en face à face, sur un échantillon aléatoire représentatif de la population bénéficiant de l'AD en institutions.

Elle a été complétée par une enquête par questionnaire auprès des directions des établissements.

Les résultats de cette enquête ont été comparés, lorsque cela était possible avec ceux de l'enquête menée en 2007 auprès des bénéficiaires de l'AD pris en charge par les réseaux de soins à domicile.

Les résultats de la satisfaction des personnes enquêtées ne peuvent, même s'ils sont satisfaisants dans leur ensemble, être le reflet de la satisfaction de l'ensemble des bénéficiaires de l'AD en institutions d'aides et de soins. En effet, en raison du fait qu'il n'existe aujourd'hui aucune méthode valide sur le plan scientifique pour étudier la satisfaction des personnes ayant des troubles cognitifs, il n'a pas été possible de mener cette enquête de satisfaction sur la totalité de la population résidant en institutions et bénéficiant de l'AD. Les résultats de cette enquête doivent donc être utilisés avec prudence et méritent d'être complétés par un audit qualitatif des prises en charge des personnes dépendantes présentant des troubles cognitifs ou des états de santé très précaires les ayant exclus de cette enquête.

Sur la population étudiée, les résultats montrent un degré de satisfaction élevé, toutefois celui-ci doit être analysé à la lumière de certains biais possibles étant donné que les personnes dépendantes sont fragilisées et peuvent avoir des craintes à exprimer certaines opinions par peur des implications sur leur future prise en charge.

Dans l'ensemble, cette satisfaction s'exprime tant au niveau des locaux, que des repas, ou des soins qui leur sont prodigués.

Cependant, des propositions d'améliorations sont attendues de la part des résidents en termes de respect de leurs droits, d'informations sur leurs prises en charge, de temps de communication avec les soignants, de compétences linguistiques des soignants, de gestion de leurs douleurs,...

L'enquête institutionnelle a montré de nombreuses initiatives visant des politiques de prise en charge centrées sur les résidents. Toutefois, elle a mis aussi en évidence des potentialités d'amélioration pour offrir une meilleure transparence des informations à destination des citoyens, et une place plus évidente des résidents dans la gestion des institutions.

Globalement, il ressort de cette enquête que les investissements faits par les autorités publiques pour la prise en charge des personnes dépendantes sont appréciés des résidents, et que leurs témoignages peuvent aider à proposer une amélioration continue du système mis en place.

Glossaire

Acronyme	Identifiant complet
AD	Assurance Dépendance
CEO	Cellule d’Evaluation et d’Orientation de l’Assurance Dépendance
CEPS-INSTeAD	Centre d’Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques /International Network for Studies in Technology, Environment, Alternatives, Development
CES	Centre d’Etudes en Santé
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CNS	Caisse Nationale de Santé
CRP-Santé	Centre de Recherche Public de la Santé
EVA	Manuel d’Evaluation de la Qualité des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes développé par le CEDIS (Comité Européen pour le Développement de l’Intégration Sociale)
ICD10	International Codes of Diseases
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
STATEC	Service central de la Statistique et des Etudes économiques
WHOQOL-Bref	Questionnaire de qualité de vie de l’OMS

Sommaire

1.	Introduction.....	13
2.	Le cadre général de l'enquête	14
Partie 1 : Méthodologie		16
3.	Les objectifs de l'enquête de satisfaction	17
4.	La population cible	17
5.	Sélection et taille de l'échantillon.....	17
6.	Méthodologie d'enquête auprès des résidents	18
7.	Conception du questionnaire pour les résidents.....	21
8.	Taux de participation des résidents.....	23
9.	Méthodologie d'enquête auprès des institutions.....	24
10.	Taux de participation des institutions	25
11.	Limites méthodologiques de l'enquête	25
Partie 2 : Présentation de la population des résidents enquêtés.....		27
12.	Présentation de la population enquêtée des résidents	28
12.1.	Structure de la population étudiée par genre	28
12.2.	Structure de la population étudiée par âge.....	28
12.3.	Structure de la population enquêtée par nationalité.....	30
12.4.	Structure de la langue maternelle dans la population enquêtée	30
12.5.	Structure de la population enquêtée selon le statut d'état civil dans la population enquêtée	31
12.6.	Durée d'institutionnalisation au moment de l'enquête	31
12.7.	Séjour antérieur dans une autre institution	32
12.8.	Conditions d'hébergement.....	32
12.9.	Initiateur de l'entrée en institution.....	33
12.10.	Circonstances ayant entraîné l'entrée en institution	34
12.11.	Participation au choix de l'institutionnalisation	34
12.12.	Délai d'attente pour entrer dans l'institution	35
12.13.	Evaluation de l'Assurance Dépendance	36
Partie 3 : Présentation des résultats sur la satisfaction des résidents enquêtés ...		37
13.	Satisfaction sur le prix de pension	38
14.	Satisfaction sur le processus d'admission.....	42
15.	Satisfaction sur le logement et les locaux	43
16.	Satisfaction sur les repas.....	47
17.	Satisfaction sur la gestion du linge	50
18.	Sentiment de sécurité dans l'établissement.....	51
19.	Satisfaction relative aux activités de loisir.....	52
20.	La communication du personnel avec les résidents	54
21.	La gestion des plaintes des résidents	62
22.	Réseau socio-familial des résidents	64
23.	Planification des soins et Information des résidents sur leurs soins	65
24.	Prise en charge médicale des résidents	69
25.	Satisfaction sur les aides et soins reçus.....	71
26.	Sentiment d'autonomie des résidents.....	73
27.	Estimation de la qualité de vie par les résidents	76
28.	Etat dépressif et anxieux des résidents.....	77

29. Attentes relatives aux aptitudes linguistiques des soignants.....	79
30. Avis général des résidents sur leur institution	80
Partie 4 : Présentation des résultats de l'enquête auprès des institutions.....	84
31. Système de communication des critères et procédures d'admission	85
32. Accessibilité à diverses prestations.....	87
33. Présence de comités au sein de l'institution	89
34. Discussion du plan de prise en charge des résidents.....	90
35. L'organisation des repas des résidents.....	90
36. L'organisation des déplacements des résidents au Luxembourg.....	92
37. La pratique spirituelle	92
38. Possibilité de proposer des idées nouvelles	93
39. Gestion des plaintes des résidents.....	94
40. Types de rapports réalisés par les institutions.....	95
Partie 5 : Comparaison avec le rapport d'évaluation de la satisfaction des personnes dépendantes vivant à leur domicile	97
41. Comparaison relative à la connaissance de la décision de l'AD	98
42. Comparaison relative à la satisfaction sur les soins reçus	98
43. Comparaison relative aux souhaits de prestations complémentaires	99
44. Comparaison sur les aides techniques.....	100
45. Comparaison de l'avis des bénéficiaires de l'AD sur les attitudes des soignants	101
46. Comparaison du niveau de confiance des bénéficiaires envers les soignants	102
47. Comparaison au niveau de l'organisation des soins	103
48. Les attentes des bénéficiaires en matière linguistique	104
49. Comparaison des mécontentements des bénéficiaires	105
50. Conclusion	104
Annexes	105

Index des graphiques

Graphique 1 : Distribution des âges de la population enquêtée (N=361)	29
Graphique 2: Distribution par classes d'âge de la population enquêtée (N=361)	29
Graphique 3: Représentation de la durée d'institutionnalisation à la date d'enquête (N=312).....	32
Graphique 4: Distribution du mode d'hébergement de la population enquêtée (N=361)	33
Graphique 5: Distribution par tranches du prix de pension payé par les personnes enquêtées (N=360).....	40
Graphique 6: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées résidant depuis moins d'un an, sur les informations reçues à l'entrée (N=57 entrées depuis moins de 1 an)	43
Graphique 7: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées sur la propreté dans leurs locaux privés (N=361)	44
Graphique 8: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées sur l'aménagement des espaces communautaires (N=361)	45
Graphique 9: Distribution de la satisfaction de la population enquêtée sur l'aménagement intérieur (N=361).....	45
Graphique 10: Distribution de la satisfaction sur la variété des repas (N=357)	47
Graphique 11: Distribution de la satisfaction des résidents sur la quantité des repas (N=358).....	48
Graphique 12: Distribution de la satisfaction sur lavage du linge par l'institution (N=234).....	50
Graphique 13: Distribution du sentiment de sécurité dans la population enquêtée (N=355).....	51
Graphique 14: Distribution de l'estimation des activités physiques (N=295).....	52
Graphique 15: Distribution de la satisfaction sur la fréquence des activités de loisir (N=278).....	53
Graphique 16: Distribution du sentiment d'être traité en adulte (N=360).....	55
Graphique 17: Distribution du respect de l'intimité des personnes (N=356)	56
Graphique 18: Distribution du respect des affaires personnelles (N=356).....	56
Graphique 19: Sentiment d'avoir du personnel accueillant (N=359)	57
Graphique 20: Distribution du sentiment d'écoute par le personnel (N=348).....	57
Graphique 21 : Distribution du sentiment de disponibilité du personnel (N=351).....	58
Graphique 22: Distribution du sentiment de discrétion du personnel (N=344).....	58
Graphique 23: Distribution des avis sur le caractère consciencieux du personnel (N=358).....	59
Graphique 24: Distribution des résidents estimant que le personnel parle avec eux pendant les soins (N=316)	59
Graphique 25: Distribution des résidents estimant que le personnel parle avec eux après les soins (N=316).....	60
Graphique 26: Distribution du niveau de confiance des résidents envers les soignants (N=358).....	61
Graphique 27: Distribution des modes de plaintes des résidents (N=92).....	63
Graphique 28: Fréquence des visites par semaine de proches ou amis (N=331).....	64
Graphique 29: Distribution du sentiment de solitude des résidents (N=353).....	65
Graphique 30: Résident en possession de son planning journalier de soins (N=351).....	66

Graphique 31 : Connaissance préalable du résident du nom du soignant qui fera les soins (N=333).....	66
Graphique 32: Avis des résidents sur la possibilité d’être soigné par le soignant de leur choix (N=352).....	67
Graphique 33: Avis des résidents sur le droit de pouvoir refuser un soignant pour ses soins (N=352).....	67
Graphique 34: Satisfaction des résidents sur les explications et informations reçues pour leur traitement et examens (N=329)	68
Graphique 35: Satisfaction des résidents sur les informations reçues sur leur état de santé (N=337).....	68
Graphique 36: Prise autonome des médicaments par les résidents (N=349).....	69
Graphique 37: Satisfaction des résidents sur le délai pour accéder au médecin (N=326).....	70
Graphique 38: Satisfaction sur la prise en charge de la douleur (N= 155)	70
Graphique 39: Pourcentage de résidents souhaitant plus d’aide (N=354).....	72
Graphique 40: Sentiment de pouvoir participer aux décisions sur ses soins (N= 355).....	74
Graphique 41: Sentiment de pouvoir participer aux décisions sur ses ressources financières (N=327)	74
Graphique 42: Capacité à décider de ses activités au sein de l’établissement (N=351)	75
Graphique 43: Estimation de la qualité de vie des résidents (N=353).....	76
Graphique 44: Satisfaction relative à leur état de santé (N=356)	76
Graphique 45: Satisfaction des résidents relative à leur capacité à mener leurs activités de la vie journalière (N=355).....	77
Graphique 46: Nombre de résidents selon le score HADS dépression (N=347).....	78
Graphique 47: Nombre de résidents selon le score HADS anxiété (N=358)	79
Graphique 48: Résidents ayant été confrontés à un soignant ne parlant pas une langue maîtrisée par le résident (N=360)	80
Graphique 49: Satisfaction des résidents sur l’ambiance générale dans l’établissement (N=360).....	81
Graphique 50: Distribution du sentiment d’être chez soi en institution (N=358).....	81
Graphique 51: Recommandation de l’institution à autrui (N= 344)	82
Graphique 52: Satisfaction générale face à l’établissement (N=358).....	82

Index des tableaux

Tableau 1 : Taux de participation et raisons des non participations	23
Tableau 2 : Distribution CIPA et Maisons de Soins dans l'échantillon	24
Tableau 3 : Distribution par genre de la population enquêtée	28
Tableau 4 : Age de la population enquêtée (N=361)	28
Tableau 5 : Comparaison par classes d'âge de la population enquêtée avec les bénéficiaires de l'AD en établissements (N=361)	29
Tableau 6: Distribution des nationalités dans la population enquêtée (N=361)	30
Tableau 7 : Distribution de la langue maternelle dans la population enquêtée (N=361)	30
Tableau 8 : Distribution du statut d'état civil dans la population enquêtée (N=361) ..	31
Tableau 9 : Séjour antérieur dans une autre institution des personnes enquêtées (N=361)	32
Tableau 10: Distribution des initiateurs à l'entrée en institution de la population enquêtée (N=361)	33
Tableau 11: Distribution des circonstances d'entrée en institution de la population enquêtée	34
Tableau 12: Distribution de la participation au choix de l'institution chez les personnes n'ayant pas initié leur entrée (N=118)	35
Tableau 13: Délai d'attente en semaines avant d'entrer dans l'institution (N=265) ...	35
Tableau 14: Connaissance du prix de pension par la population enquêtée (N=361) ...	38
Tableau 15: Prix de pension mensuel cité par la population enquêtée (N=360)	39
Tableau 16: Prix de pension mensuel par classes cité par la population enquêtée (N=361)	39
Tableau 17: Jugement des personnes enquêtées sur le rapport prix de pension / prestations offertes (N=213)	40
Tableau 18: Distribution du degré de satisfaction des personnes enquêtées sur le processus d'accueil (N=57)	42
Tableau 19: Distribution du degré de satisfaction des personnes enquêtées sur leurs conditions de logement (N=361)	44
Tableau 20: Satisfaction des personnes enquêtées sur l'aménagement extérieur de la résidence (N = 300)	46
Tableau 21: Possibilité pour le résident de choisir entre plusieurs menus (N=356)	47
Tableau 22: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées sur la qualité des repas (N=357)	48
Tableau 23: Distribution de la possibilité de prendre son repas dans l'espace privé (N=331)	48
Tableau 24: Distribution de la possibilité de repas à l'extérieur (N=338)	49
Tableau 25: Distribution du mode de lavage du linge des personnes enquêtées (N= 359)	50
Tableau 26: Distribution de la proposition d'activités de loisir (N=350)	52
Tableau 27: Distribution de la satisfaction relative aux activités proposées (N=278)	53
Tableau 28: Distribution de l'estimation sur la pratique des croyances religieuses (N=345)	53
Tableau 29: Distribution du sentiment de respect des choix et vœux par l'institution (N=252)	55
Tableau 30: Distribution de la gentillesse du personnel soignant (N=359)	56

Tableau 31: Fréquence de raisons d’être mécontent (N=356)	62
Tableau 32: Satisfaction des résidents selon le type d’aides	71
Tableau 33: Utilisation des aides techniques selon le type d’aide	72
Tableau 34: Modes de diffusion des critères d’admission en institution.....	85
Tableau 35: Modes de diffusion des procédures d’admission en institution (N=40) ..	86
Tableau 36: Liste des activités proposées aux résidents en fonction des établissements (N=40).....	87
Tableau 37: Présence de comités au sein des institutions (N=40)	89
Tableau 38: Modes de discussion des plans de prise en charge des résidents (N=40) 90	
Tableau 39: Nombre de menus offerts aux résidents selon le type de repas (N=40)...	91
Tableau 40: Modes d’organisation des repas des résidents (N=40)	91
Tableau 41: Horaires des repas selon le type de repas (N=40).....	91
Tableau 42: Nombre d’établissements par type de religion offerte aux résidents (N=40).....	93
Tableau 43: Nombre d’établissements réalisant des rapports annuels selon le type (N=40).....	95
Tableau 44: Comparaison des taux de satisfaction par type de soins selon le lieu de prestation de l’AD	99
Tableau 45: Souhaits d’aides complémentaires selon le lieu des prestations en nature des bénéficiaires de l’AD.....	99
Tableau 46: Comparaison d’attribution d’aides techniques en fonction du lieu de prestation de l’AD.....	100
Tableau 47: Comparaison de l’utilisation des aides techniques en fonction du lieu de prestation de l’AD	100
Tableau 48: Comparaison de l’avis des bénéficiaires de l’AD sur les attitudes des soignants selon le lieu de prestation.....	101
Tableau 49: Niveau de confiance des bénéficiaires de l’AD dans les soignants selon le lieu de prestation	102

1. Introduction

Le vieillissement est un phénomène inéluctable que chaque individu doit affronter. Bien que les politiques de santé et sociale des pays européens engagent de vastes programmes visant le vieillissement en bonne santé le plus longtemps possible, ce dernier engendre toujours aux moments ultimes de la vie une dépendance physique, souvent assortie d'une dépendance psychique, ne permettant plus aux personnes âgées de vivre de manière autonome à leur domicile.

Le Luxembourg fait partie des pays développés ayant intégré une assurance sociale permettant de soutenir la prise en charge de la dépendance des citoyens. Le pays a d'autre part investi dans la mise à disposition de différents types d'infrastructures permettant le soutien ou l'accueil des citoyens dépendants.

L'Assurance Dépendance, mise en œuvre en 1999, a permis d'évaluer les besoins des personnes dépendantes tant en terme de soins que d'aides techniques, de déterminer les plans de prise en charge individuelle précisant les aides et soins à recevoir et d'en assurer le financement.

Une politique volontariste en faveur du maintien à domicile des personnes dépendantes a alors pu être développée, se concrétisant en 2009 par plus de deux bénéficiaires sur trois de l'AD vivant au domicile (selon le rapport 2009 IGSS).

Des réseaux d'aide et de soins encadrent les personnes encore capables de vivre à leur domicile, tandis que les établissements d'aide et de soins à séjour continu accueillent les personnes dépendantes de manière résidentielle. Selon leur degré de dépendance, les personnes seront hébergées dans des institutions leur permettant d'accéder ou non à des soins médicalisés (centres intégrés ou maisons de soins). Cette résidence sera parfois la dernière avant la fin ultime de la vie.

La dépendance assortie de l'obligation de vivre en communauté induisent pour la personne dépendante un changement conséquent de ses habitudes de vie, et parfois une perte d'espoir.

Il y a donc lieu de s'intéresser aux conditions dans lesquelles les personnes dépendantes sont hébergées, à leur qualité de vie, à leur degré de satisfaction, afin d'identifier si leurs droits sont respectés, malgré leur dépendance, d'autant plus que parmi eux certains ne bénéficient plus d'un entourage familial.

D'autre part, il est nécessaire pour l'autorité publique de s'interroger sur l'utilisation adéquate et efficiente des cotisations relatives à l'assurance dépendance, générées par les citoyens, afin de valider que les investissements répondent aux besoins des personnes en bénéficiant et correspondent à des standards de qualité communément admis dans ce type d'institutions. Il s'agit ici de rendre compte à la population de la bonne utilisation ou non des ressources collectives.

Dans cet esprit, la Cellule d'Evaluation de l'Assurance Dépendance (CEO) avait initié une première enquête de satisfaction auprès des personnes bénéficiant de l'assurance dépendance et recevant des aides et soins à leur domicile, dont le rapport a été publié en 2007. Cette étude avait permis d'éclairer les attentes des citoyens dépendants et de leurs proches dans le cadre de la prise en charge à domicile.

Toutefois, même si le maintien à domicile est une priorité nationale, plus de 3.500 personnes bénéficiant de l'assurance dépendance étaient à la date de l'enquête hébergées dans cinquante institutions d'aides et de soins à séjour continu au Luxembourg. Cette population fragilisée par la vie ne pouvait donc pas être absente d'une enquête de satisfaction.

C'est pourquoi la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO) a pris l'initiative de réaliser une enquête auprès des bénéficiaires institutionnalisés, afin de leur donner la parole pour exprimer leurs attentes et besoins, afin de dresser un état des lieux global, pouvant être mis en parallèle avec les plaintes et critiques émises par les familles ou proches rapportées aux autorités publiques.

Avoir une image d'ensemble devant permettre de relativiser les cas individuels rapportés par rapport au niveau général atteint dans l'ensemble des institutions, et éviter ainsi qu'un événement indésirable individuel soit élevé comme situation représentative de l'ensemble.

De plus, la plus value attendue d'une telle évaluation de satisfaction était de pouvoir formuler des propositions d'amélioration si les constats le nécessitent.

Le présent rapport présentera les objectifs de l'enquête de satisfaction, la méthodologie employée, les résultats obtenus, leur comparaison lorsque cela était possible avec les résultats obtenus dans l'enquête de satisfaction réalisée pour les réseaux d'aide et de soins à domicile.

Afin de tenir compte du fait qu'une enquête de satisfaction nécessite pour y répondre que la personne ne soit pas atteinte de troubles cognitifs, et que seuls ne pouvaient s'exprimer qu'une certaine partie des résidents en institutions à séjour continu, une enquête complémentaire auprès des directions des établissements a été réalisée afin de relever certaines informations relatives à l'organisation institutionnelle, retenues dans les systèmes d'évaluation qualitative spécifiques aux institutions accueillant des personnes âgées et/ou dépendantes. Le rapport présentera les résultats de cette enquête.

2. Le cadre général de l'enquête

L'enquête de satisfaction menée auprès des personnes hébergées dans des établissements d'Aides et de Soins se situe dans le cadre de l'Assurance Dépendance dont les éléments fondamentaux sont décrits ci-après.

L'Assurance Dépendance (AD) est une nouvelle assurance sociale, inscrite dans la loi luxembourgeoise du 19 juin 1998, modifiée le 23 décembre 2005, mise en œuvre à partir de 1999.

Elle s'adresse aux personnes présentant une dépendance, constatée après une évaluation multidisciplinaire, réalisée par La Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance dont c'est la mission, dans les actes essentiels de la vie au niveau du besoin d'hygiène (se laver, s'habiller), du besoin d'élimination (aller aux toilettes), du besoin d'alimentation (manger, boire), du besoin de mobilisation (se lever, se coucher, se déplacer).

La dépendance dans ces différents besoins doit nécessiter l'aide d'une tierce personne que ce soit un proche ou un professionnel. Elle doit persister sur une période minimale de six mois ou être irréversible.

Pour bénéficier de l'assurance dépendance, la personne doit nécessiter cette aide au minimum 3,5 heures par semaine.

Lors de l'évaluation, le besoin d'aide est déterminé individuellement et permet la détermination du plan de prise en charge qui sera assuré par les proches ou les professionnels qu'ils soient une institution ou un réseau de soins.

L'assurance dépendance assurera le financement des prestations incluses dans le plan de prise en charge.

Les aides et soins peuvent être dispensées au domicile de la personne par un aidant informel ou des professionnels, ou en institution d'aides et de soins par des professionnels. Seulement dans le cadre de la prise en charge à domicile, les prestations peuvent être fournies en nature (soins prestés par un professionnel) ou en espèces (rétribution d'un proche par la personne dépendante). Dans les établissements d'aides et de soins, les prestations sont toujours fournies en nature.

L'assurance dépendance finance également d'autres types de prestations : des activités de conseils, des activités de soutien, des adaptations du logement et des aides techniques.

La Caisse Nationale de Santé (CNS) gère l'Assurance Dépendance au niveau budgétaire. Elle reçoit les demandes de prise en charge déposées par les citoyens et prend les décisions finales d'attribution des aides et soins sur base des évaluations individuelles remises par la CEO. Le citoyen peut porter contestation de la décision prise par la CNS.

Le financement de l'AD est tripartite : budget de l'état, cotisations des citoyens salariés et contribution du secteur de l'énergie.

Tous les citoyens résidant au Luxembourg, ayant cotisé à l'AD, peut en cas de dépendance reconnue et correspondant aux critères d'attribution prévus par la loi, bénéficier d'aides et de soins pris en charge par l'AD.

Partie 1 : Méthodologie

3. Les objectifs de l'enquête de satisfaction

Les objectifs de l'étude consistaient à :

- déterminer le niveau de satisfaction globale des personnes sans troubles cognitifs bénéficiant de l'assurance dépendance, résidant en institution d'aide et de soins à séjour continu,
- comparer ce niveau de satisfaction, lorsque cela était possible, avec ceux obtenus lors de l'enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance utilisant un réseau d'aide et de soins à domicile,
- d'étudier si les critères normatifs de la qualité d'accueil des personnes âgées en institution utilisés à l'étranger étaient retrouvés dans les institutions hébergeant au Luxembourg des personnes bénéficiant de l'assurance dépendance,
- proposer au besoin des recommandations pour les autorités publiques en regard de l'état des lieux réalisé.

Il s'agissait de mener une étude transversale descriptive menée sur une population déterminée, mais à l'échelle nationale c'est-à-dire dans les 50 établissements d'aides et de soins à séjour continu, à savoir 17 maisons de soins et 33 CIPA.

4. La population cible

La population cible de cette étude est la population bénéficiant de l'assurance dépendance, résidant dans un des 50 établissements d'aide et de soins à séjour continu au Grand-duché de Luxembourg.

Cette population représentait environ 3500 personnes (selon le rapport IGSS 2009) au moment de l'étude qui s'est déroulée en 2009-2010.

La personne devait être résidente dans l'institution depuis plus de trois mois afin d'avoir eu le temps de comprendre et intégrer le mode de fonctionnement institutionnel.

Elle ne devait pas présenter de troubles cognitifs ou de troubles psychiatriques. Son état de santé devait lui permettre de réaliser l'entretien d'évaluation.

Elle devait pouvoir comprendre au moins une des langues suivantes : luxembourgeois, allemand, français, afin de pouvoir répondre au questionnaire disponible en français et en luxembourgeois et pouvant être oralement traduit en allemand par l'enquêteur.

Les personnes sourdes, muettes ou aphasiques n'ont été exclues secondairement que si elles n'étaient pas en mesure de répondre par questionnaire auto-administré.

La personne devait donner son consentement pour participer à l'enquête.

5. Sélection et taille de l'échantillon

Pour calculer la taille de l'échantillon, les éléments suivants ont été pris en considération :

- a. la taille initiale de la population disponible a été fixée à 3000 sur base des données disponibles dans les fichiers de la CEO au moment du tirage de l'échantillon,

- b. le niveau de satisfaction global a été estimé à 80 % sur base des niveaux souhaités dans les enquêtes de satisfaction,
- c. le taux de participation a été prévu à 70 % en tenant compte du fait que cette enquête s'intéressait aux personnes, que les personnes n'avaient pas obligatoirement de visites externes régulières et que les heures inoccupées dans ce type de milieu sont présentes,
- d. la précision souhaitée a été définie à 4 %,
- e. le risque alpha a été fixé à 5% pour avoir un degré de confiance de 95 %.

Seule la proportion de personnes décédées entre le tirage au sort et la réalisation de l'entretien n'a pas pu être estimée pour le calcul de la taille de l'échantillon.

La taille de l'échantillon a été déterminée à 341 sujets à enquêter. Tenant compte d'un taux de non répondants de 30 %, 450 sujets ont été sélectionnés par tirage au sort, dans la base de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'assurance dépendance.

Le tirage au sort a été fait de façon aléatoire simple, en excluant les personnes présentant un code ICD10 de troubles cognitifs ou de pathologies psychiatriques. Il a été assuré par l'équipe de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation, puis transmis au CRP-Santé.

Etant donné que le taux de sortie par décès de la base de données de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance n'était pas connu, deux listes de 450 sujets ont été tirées en même temps, selon les mêmes critères de sélection, sans remise entre la 1^{ère} et la 2^{ème} liste.

Les entretiens ont d'abord été proposés aux personnes de la 1^{ère} liste, puis la seconde liste a été utilisée afin d'atteindre le nombre de sujets attendus pour cette enquête.

Au total, 361 personnes ont accepté de participer à l'enquête, soit 20 de plus que la taille de l'échantillon calculée.

6. Méthodologie d'enquête auprès des résidents

Compte-tenu de l'âge de la population enquêtée ainsi que de la dépendance et de l'état de santé des personnes concernées par cette enquête de satisfaction, le choix d'une interview en face à face a été fait, sur base d'un questionnaire en format papier-crayon.

L'enquête a été confiée à trois enquêteurs expérimentés, pouvant s'exprimer en français, allemand et luxembourgeois, ayant bénéficié d'une formation préalable pour cette enquête et ayant reçu une lettre de mission de la part de la Direction du Centre d'Etudes en Santé.

La formation a consisté en :

- une présentation des objectifs de l'enquête et du cadre de l'AD,
- une présentation du questionnaire participants et une revue de chaque question,
- une présentation de la population enquêtée et de ses caractéristiques notamment en termes d'âge, de dépendance, d'état psychique,

- une discussion sur les situations pouvant intervenir lors de l'interview et les réponses à y apporter,
- une présentation des modalités à respecter en termes de consentement des résidents,
- une présentation des modalités d'organisation de l'enquête,
- une discussion autour des questions complémentaires des enquêteurs.

Les consignes données aux enquêteurs ont été de :

- toujours prendre contact avec la direction de l'établissement lors de leur venue au sein de l'établissement,
- se faire présenter si possible le résident par la direction de l'établissement ou un cadre,
- se présenter au résident et de montrer au résident sa lettre de mission,
- demander au résident la langue dans laquelle il souhaite s'exprimer
- expliquer de nouveau au résident l'objet de l'enquête et de lui remettre de nouveau le document d'information sur l'étude,
- expliquer la notion de consentement, de présenter le consentement écrit et de confirmer avec la personne qu'elle est d'accord pour participer à cette enquête avant de lui faire signer le consentement,
- réaliser les entretiens dans le territoire privé du résident,
- ne pas accepter la présence d'un membre du personnel lors de l'interview,
- d'accepter si le résident le souhaitait la présence d'un proche, mais de poser les questions en s'adressant toujours au résident, en le laissant répondre en premier, en collectant sa réponse, puis en collectant au besoin la réponse du proche,
- de noter toute remarque complémentaire émise par le résident après les questions,
- de reformuler la question si celle-ci n'était pas comprise par le résident sans induire de réponse.

Pendant le déroulement de l'enquête, des revues systématiques de projet ont été programmées avec la direction du Centre d'Etudes en Santé, au minimum une fois par mois ou au besoin, afin de faire le point sur le déroulement de l'enquête et de discuter toutes les difficultés rencontrées par les enquêteurs.

Afin d'informer les directions des établissements d'aides et de soins à séjour continue de cette enquête de satisfaction, un courrier du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale (annexe 1) a été adressé à chaque interlocuteur, resituant les objectifs, précisant la mission confiée au Centre de Recherche Public de la Santé, Centre d'Etudes en Santé. Pour garantir la transparence, le questionnaire d'enquête utilisé auprès des bénéficiaires a été fourni.

Les personnes tirées au sort, contenues dans la 1^{ère} liste, ont été invitées à participer à l'enquête par un courrier du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale (annexe 2). Un numéro de recherche leur a été attribué afin d'anonymiser les données collectées. La liste de correspondance entre les personnes et les numéros de recherche a été gérée par le médecin épidémiologiste du Centre d'Etudes en Santé.

Une semaine après l'envoi du courrier, l'enquêteur du CRP-Santé a pris personnellement contact avec la personne par téléphone lorsque cela était possible ou

directement au sein de l'institution afin de connaître la décision de la personne quant à sa participation. Très souvent, la direction de l'établissement a pris le soin d'accompagner l'enquêteur jusqu'au lieu de résidence de la personne afin de le présenter au participant.

Lors de ce premier contact entre l'enquêteur et la direction de l'institution, la liste des personnes tirées au sort pour cette institution a été revue avec la direction afin de vérifier que les personnes étaient toujours vivantes, que leur état de santé était suffisamment satisfaisant pour pouvoir réaliser l'entretien, qu'elles ne présentaient pas de troubles cognitifs ou psychiatriques rendant l'entretien impossible. Un certain nombre de participants ont ainsi été exclus suite à cette rencontre. Dans la majorité des cas d'exclusion, la direction de l'établissement a présenté le participant à l'enquêteur afin que la décision d'exclusion soit prise par l'enquêteur.

Lorsque l'entretien était possible et que la personne acceptait de participer à l'enquête, un rendez-vous a été fixé avec elle dans les jours suivants ou si elle le désirait l'entrevue a été réalisée de suite.

Lors du rendez-vous, l'étude a été expliquée de nouveau oralement au participant par l'enquêteur et le formulaire d'information lui a été remis dans la langue souhaitée allemand ou français (annexes 3 et 4).

Après cette information, si la personne confirmait sa participation à l'enquête, le consentement écrit lui a été présenté dans la langue choisie par la personne en allemand ou français (annexes 5 et 6). Le consentement a été conservé indépendamment du questionnaire, par le médecin épidémiologiste.

Après signature du consentement, le questionnaire a été passé en face à face dans les parties privées du participant, afin de garantir la confidentialité de l'entretien.

La personne a choisi la langue du questionnaire français ou luxembourgeois (annexe 7). Toutefois, si cela était souhaité par le résident, les questions pouvaient être formulées en allemand.

L'enquêteur posait les questions telles que formulées dans le questionnaire, proposait les modalités de réponse inscrites au questionnaire, notait la réponse de la personne sur le questionnaire.

Dans certains cas, le participant a souhaité la présence d'un proche lors de l'entretien. Cette information a été notée sur le questionnaire par l'enquêteur.

Les questionnaires ont ensuite été saisis sur un masque de saisie EPIDATA spécialement conçu pour cette étude. Les réponses des participants ont été entrées sous le numéro de recherche attribué au participant.

Une double saisie des données a été réalisée par deux personnes différentes.

Un contrôle qualité suite à la double saisie a eu lieu et les corrections ont été apportées après analyse des différences en reprenant le questionnaire du participant.

La base de données a ensuite été exportée sous SPSS pour réaliser le traitement des données.

L'enquête auprès des résidents a démarré le 13 août 2009 et s'est terminée le 29 avril 2010.

7. Conception du questionnaire pour les résidents

Le questionnaire d'enquête de satisfaction des personnes hébergées en établissements d'aides et de soins à séjour continu a été spécifiquement développé pour les besoins de l'enquête.

Il a été conçu en étudiant préalablement :

- les questionnaires présentés dans la littérature et utilisés dans divers pays comme le Québec, la France, la Belgique, l'Allemagne, la Suisse dans les établissements accueillant des personnes âgées,
- le questionnaire utilisé par le CEPS-INSTeAD pour l'enquête réalisée auprès des personnes dépendantes à domicile,
- la méthode EVA, Manuel d'Evaluation de la Qualité des Etablissements d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes, développée par le Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale (CEDIS),
- les questionnaires internationaux WHOQOL-Bref de l'OMS et HADS.

L'élaboration du questionnaire s'est faite en concertation avec les représentants de la CEO, notamment Mme Andrée Kerger, et a nécessité plusieurs réunions d'équipe pour sa construction. Le questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de résidents, puis a fait l'objet de modifications mineures en termes de formulation de certaines questions.

Le questionnaire a été élaboré en français dans une première étape, puis a été traduit en luxembourgeois avec processus de traduction du français vers le luxembourgeois puis du luxembourgeois vers le français par un deuxième traducteur afin de valider la traduction réalisée.

Dans une seconde étape, le questionnaire en luxembourgeois a été validé par plusieurs personnes natives dont le luxembourgeois est la langue maternelle. Les formulations ont été ensuite rédigées en allemand et remises aux enquêteurs comme support pour les interviews en cas d'incompréhension par le résident d'une question dans les langues française ou luxembourgeoise.

Le questionnaire de satisfaction pour les résidents, finalement utilisé, est composé de 16 volets :

- le volet 1, intitulé « **Identification** », porte sur les caractéristiques sociodémographiques des résidents enquêtés,
- le volet 2, intitulé « **La personne et l'institution** », cerne les conditions d'admission de la personne enquêtée au sein de l'établissement,
- le volet 3, intitulé « **Prix de pension** », a pour objet d'étudier la connaissance des résidents relative au prix de pension qu'elles paient et son contenu, d'identifier les suppléments de pension payés par les résidents, ainsi que leur degré de satisfaction sur le prix de pension,
- le volet 4, intitulé « **Evaluation Assurance Dépendance** » vise à identifier les liens connus entre le résident et l'AD ou la CEO,
- le volet 5, intitulé « **Admission** » a pour objet de mesurer la satisfaction des résidents concernant le processus d'admission au sein de l'institution,

- le volet 6, intitulé « **Locaux** » recherche la satisfaction du résident quant à l'aménagement des locaux, leur propreté, leur environnement,
- le volet 7, intitulé « **Repas** » vise à étudier la satisfaction des résidents sur la qualité de la restauration, la quantité et la variété des mets fournis, la liberté d'organisation de leurs repas,
- le volet 8, intitulé « **Linge** » étudie la satisfaction des résidents quant à la prise en charge de leur linge,
- le volet 9, intitulé « **Sécurité** » vise à identifier le sentiment de sécurité des résidents au sein de l'institution qui les héberge,
- le volet 10, intitulé « **Activités de loisirs** » mesure la satisfaction des personnes enquêtées sur les activités de loisirs qui leur sont proposées dans l'établissement,
- le volet 11, intitulé « **Communication** » étudie la satisfaction des résidents quant à la communication avec le personnel de l'établissement, le comportement de l'équipe, le respect des résidents, ainsi que la confiance des résidents envers les équipes qui les prennent en charge,
- le volet 12, intitulé « **Soins** » mesure la satisfaction des résidents quant à l'organisation de leurs soins, à la suffisance des soins qui leurs sont prestés, à la circulation de l'information entre les soignants autour de leurs soins, à l'information qu'ils reçoivent sur leurs soins, à l'accessibilité aux prestations médicales et à la prise en charge de leurs douleurs,
- le volet 13, intitulé « **Aides techniques** » vise à identifier les aides techniques principales reçues et utilisées par les participants, ainsi que l'information donnée par les établissements quant à leur utilisation,
- le volet 14, intitulé « **Sentiment global de bien être et Satisfaction générale** » permet de situer le degré de satisfaction des résidents,
- le volet 15, intitulé « **Qualité de vie** » identifie la perception qu'ont les résidents de leur propre qualité de vie en milieu hébergé, à partir de certaines questions du questionnaire WHOQOL-Bref de l'Organisation Mondiale de la Santé, version 2004,
- le volet 16, intitulé « **Sentiments personnels** » vise la mesure de l'anxiété et de la dépression selon le questionnaire international HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Pour étudier la satisfaction, il a délibérément été choisi de n'utiliser que 4 modalités de réponse (très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait) afin d'amener le bénéficiaire à positionner un avis, comme recommandé dans la littérature.

Au total, le questionnaire d'évaluation de la satisfaction des résidents se compose de 151 questions et d'une question ouverte sur les améliorations potentielles proposées par les résidents.

8. Taux de participation des résidents

Afin de pouvoir recruter le nombre de sujets tel que défini dans le calcul de taille de l'échantillon, à savoir 341 sujets, il a été nécessaire de lancer les deux listes de résidents tirées au sort.

En effet, les éléments suivants ont contribué à rendre nécessaire l'utilisation de la 2^{ème} liste :

- le nombre de personnes décédées entre le tirage au sort et la date de l'entretien,
- le nombre de personnes ne pouvant pas participer en raison d'un état de santé,
- le nombre de personnes présentant des troubles cognitifs alors qu'elles n'étaient pas enregistrées dans la base de données de la CEO comme présentant ce type de troubles, les troubles cognitifs pouvant être apparus après la première évaluation faite par la CEO,
- les refus de participation.

Le tableau ci après reprend les données de participation :

Liste	Nombre initial	Refus	Décès	Troubles cognitifs	Etat Santé	Autres	Nombre participants
Liste 1	450	72	11	79	78	13	180
Liste 2	450	65	64	41	86	30	181
Total	900	137	75	120	164	43	361
%	100 %	15,22	8,34	13,33	18,22	4,78	40,11%
Total corrigé	705	137	/	/	164	43	361
% corrigé	100 %	19,43			23,26	6,1	51,21

Tableau 1 : Taux de participation et raisons des non participations

Si l'on considère les 900 participants potentiels tirés au sort, le taux de participation par rapport à la liste initiale est de 40 %.

Toutefois, celui-ci doit être recalculé en tenant compte des critères d'exclusion n'ayant pas été pris en considération lors du tirage au sort des listes, tels que les troubles cognitifs étant intervenus entretemps ainsi que les décès.

L'échantillon rectifié ne comprenait plus alors que 705 sujets. Le taux de participation est alors de : 51, 21 %.

Le taux de refus, basé sur l'échantillon rectifié est de 19,43 %.

Toutefois, la taille de l'échantillon souhaitée a été atteinte, et même dépassée puisque 361 personnes ont réalisé les interviews contre 341 attendues.

Il faut noter d'autre part que le tirage au sort initial réalisé par la CEO avait réparti par établissement un certain nombre de résidents à contacter dans chacune des listes. Le nombre de personnes à contacter était variable d'un établissement à l'autre puisque les personnes devaient être prises en charge par l'AD pour pouvoir être tirées au sort et d'autre part ne devaient pas présenter de troubles cognitifs dans le fichier de la CEO.

Le bilan de participation des résidents met en évidence qu'il n'y a aucun résident de 2 institutions dans l'enquête, à savoir la Maison de Soins d'Esch sur Alzette, la Maison de Soins Beim Goldknapp d'Erpeldange. Dans ces deux institutions le nombre de résidents sélectionnés était faible et en raison des décès, des refus de participation, de troubles cognitifs ou d'un mauvais état de santé, aucun résident n'a pu être recruté.

La population recrutée dans l'enquête ne se différenciant ni sur le critère âge, ni sur le critère sexe, de la population d'origine constituant les listes, aucun redressement n'a été nécessaire pour l'analyse des données.

D'autre part, les pourcentages d'individus en provenance des CIPA et des Maisons de Soins attendus et recrutés étant très similaires (écart inférieur à 5 %), aucun redressement n'a été nécessaire.

CIPA		Maisons de Soins	
Nbre listes	Participation	Nbre Liste	Participation
588	247	312	114
% listes	% Participation	% listes	% participation
65,33	68,42	34,67	31,58

Tableau 2 : Distribution CIPA et Maisons de Soins dans l'échantillon

De ce fait, les résultats présentés de l'enquête de satisfaction sont donnés sur l'échantillon des répondants.

9. Méthodologie d'enquête auprès des institutions

En 2010, après que l'enquête auprès des participants ait été terminée, un questionnaire a été adressé à chaque direction d'établissement afin de recenser la présence de certains indicateurs estimés dans la littérature comme favorisant la qualité de vie des personnes âgées résidant en institutions, respectant leur autonomie et leurs droits.

Ce questionnaire (annexe 8).a été élaboré sur base de la méthode EVA

Les domaines d'enquête abordés dans le questionnaire sont les suivants :

- information aux citoyens sur l'institution notamment concernant les critères et procédures d'admission,
- types de prestations offertes au sein de l'institution en dehors des soins,
- comités représentant des résidents ou familles,
- comité d'éthique,
- plan de prise en charge du résident,
- organisation des repas,
- déplacements à l'extérieur de la résidence,
- l'exercice de sa religion,
- gestion des plaintes,
- participation des résidents à la vie institutionnelle,
- rapports d'activités publiés.

Le questionnaire a été adressé aux directions de 48 institutions telles que recensées par la CEO (annexe 9), par voie postale. En effet, au cours de l'étude, deux institutions ont disparu, à savoir la Maison de Soins d'Esch sur Alzette et la Maison de Soins du CHNP PAEX d'Ettelbruck.

Le questionnaire a été adressé le 20 juillet 2010. Un délai de remise du questionnaire de 4 semaines a été laissé aux établissements. Avant le traitement des questionnaires, un rappel téléphonique a été fait aux institutions n'ayant pas retourné le questionnaire afin de leur donner un délai complémentaire d'une semaine afin de pouvoir y participer.

Un masque de saisie EPIDATA a été spécialement conçu pour la saisie des données. Le traitement des données a été réalisé sous SPSS.

Le questionnaire a été auto-administré par les institutions et les réponses sont donc auto-déclarées. A l'exception des informations présentes sur le site Internet des établissements, aucune vérification des réponses des directions n'a eu lieu.

Il avait été préalablement défini avec la CEO, qu'aucun document complémentaire ne serait demandé aux établissements, car cette enquête n'était pas à assimiler à un audit.

10. Taux de participation des institutions

Sur 48 institutions ayant reçu le questionnaire qualitatif, **41** établissements ont répondu, soit un taux de participation de **85 %**.

Toutefois, un établissement a répondu après le traitement des données, de ce fait ses réponses ne sont pas incluses dans les résultats présentés.

Sur les 40 établissements dont les données ont été traitées, il y avait 28 CIPA et 13 Maisons de Soins. Le taux de participation à cette enquête est donc moins élevé pour les maisons de soins puisque 13 sur 17 ont répondu (76%), alors que pour les CIPA 27 sur 32 ont répondu (84 %).

11. Limites méthodologiques de l'enquête

Cette enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de l'AD résidant en institutions d'aides et de soins à séjour continu présente des limites, qu'il est important de souligner :

- En raison du fait qu'il n'existe pas de questionnaire de satisfaction validé sur le plan scientifique s'adressant à des personnes présentant des troubles cognitifs modérés ou sévères, seules les personnes conservant un état de santé physique et psychique leur permettant de participer à l'interview ont donné leur avis. Les personnes les plus dépendantes sont donc exclues d'une telle enquête de satisfaction. Or les risques d'atteinte aux droits des personnes, les risques de prester des soins insuffisamment adaptés à la situation, les risques de conflit éthique sont augmentés avec des personnes hautement dépendantes. Leur avis ou celui de leurs proches n'a pas été inclus dans les résultats de cette étude. Or il pourrait relativiser un haut degré de satisfaction et même perturber les résultats de certains indicateurs.
- Certaines questions faisaient appel à des efforts de mémorisation de la part des enquêtés. Or compte-tenu de l'âge de la population, de sa dépendance, la mémoire peut être partiellement affectée, induisant des incertitudes sur certaines réponses. Chaque fois que la question faisait appel à la mémoire, le biais possible a été signifié dans la discussion.

- Les personnes dépendantes interrogées lors de l'enquête ont exprimé pour certaines la peur de s'exprimer en toute liberté, car elles avaient peur des implications que cela pouvait avoir sur le devenir de leur prise en charge au sein des établissements en cas d'expression de certaines insatisfactions, et ce malgré l'assurance leur ayant été donnée que leurs réponses ne seraient pas diffusées auprès de l'institution.
- Certaines questions nécessitaient que le résident gère lui-même ses affaires pour pouvoir répondre (ex prix de pension). Toutefois, la réalité a montré lors de cette enquête que les proches sont parfois gestionnaires des affaires des personnes résidentes sans pour autant que ces personnes soient sous tutelle, et dans de nombreux cas, cette situation induit le détournement du courrier de la personne résidente vers le proche, empêchant le résident d'être informé.

Il faut donc bien garder à l'esprit lors de la lecture et l'utilisation des résultats de cette enquête de satisfaction, qu'ils ne sont pas le reflet de la satisfaction de l'ensemble des résidents des établissements d'aides et de soins bénéficiant de l'AD, mais essentiellement des personnes bénéficiaires de l'AD ayant un niveau de santé physique et psychique encore suffisamment conservé pour répondre à ce type d'enquête.

Ils ne sont pas non plus le reflet de l'ensemble des résidents de ces établissements puisque les résidents ne relevant pas de l'AD n'ont pas été soumis à l'enquête de satisfaction.

Partie 2 : Présentation de la population des résidents enquêtés

12. Présentation de la population enquêtée des résidents

12.1. Structure de la population étudiée par genre

La population ayant participé à l'enquête de satisfaction dans les institutions d'aides et de soins à séjour continu est majoritairement composée de femmes (79 %).

Cette distribution est conforme à la distribution des genres dans l'ensemble des établissements d'aides et de soins, bénéficiaires de l'AD (selon le rapport 2009 IGSS page 151).

En effet, sur l'ensemble des établissements, 22,9 % d'hommes sont retrouvés en 2009 contre 20,8% dans l'enquête.

Genre	Nombre	Pourcentage
masculin	75	20,8
féminin	286	79,2
Total	361	100,0

Tableau 3 : Distribution par genre de la population enquêtée

12.2. Structure de la population étudiée par âge

L'âge moyen de la population enquêtée est de près de 83 ans, ce qui est très proche de l'âge moyen en 2009 des bénéficiaires de l'AD en établissements d'aides et de soins qui était de 83,9 ans (selon le rapport IGSS 2009 page 152).

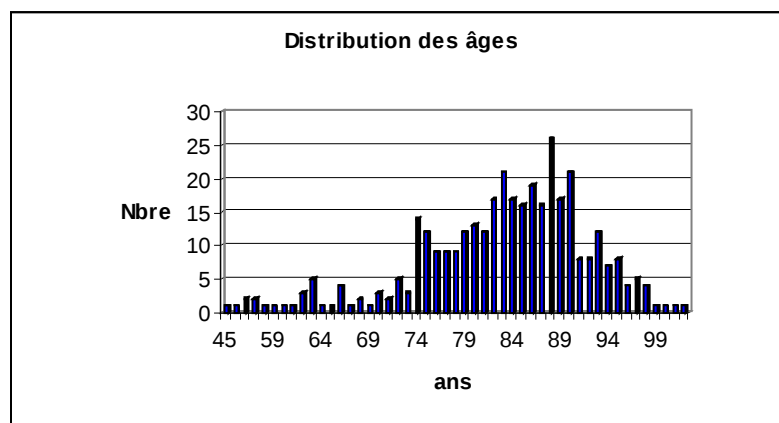
La médiane se situe à 84 ans, ce qui est très proche de l'âge médian en 2009 des bénéficiaires de l'AD en établissements d'aides et de soins qui était de 85 ans (selon le rapport IGSS 2009 page 152).

La personne la plus jeune était âgée de 45 ans et la personne la plus âgée avait 103 ans.

19 personnes avaient moins de 65 ans, soit 5,5 % de la population enquêtée, témoignant ainsi qu'une personne adulte, quelque soit son âge, présentant une dépendance au Luxembourg peut bénéficier d'un accès dans une structure d'aides et de soins à séjour continu, si son état le nécessite.

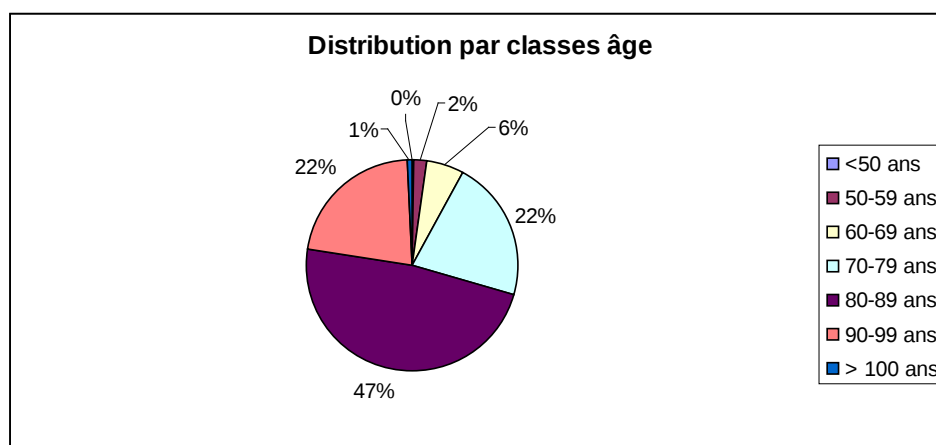
N	Valides	361
	Manquantes	0
Moyenne		82,92
Médiane		84,00
Minimum		45
Maximum		103
Percentiles	25	78,00
	50	84,00
	75	89,00

Tableau 4 : Age de la population enquêtée (N=361)



Graphique 1 : Distribution des âges de la population enquêtée (N=361)

La distribution des âges est représentée par classes d'âge de 10 années, dans le graphique ci-après :



Graphique 2: Distribution par classes d'âge de la population enquêtée (N=361)

La comparaison de la répartition des classes d'âge de la population enquêtée avec celle de tous les bénéficiaires de l'AD en 2009 séjournant en établissement d'aides et de soins (selon le rapport 2009 IGSS page 151) est très proche.

Classes Age	% Bénéficiaires AD Etablissements	% Population enquêtee
Moins de 60 ans	1,36	2,2
60-69 ans	3,65	5,5
70-79 ans	19,16	21,6
80-89 ans	52,67	48,2
Plus de 90 ans	23,14	22,43

Tableau 5 : Comparaison par classes d'âge de la population enquêtée avec les bénéficiaires de l'AD en établissements (N=361)

12.3. Structure de la population enquêtée par nationalité

La majorité de la population enquêtée résidant dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu est de nationalité luxembourgeoise (près de 92 %).

Toutefois, des personnes de nationalité étrangère résident dans ces institutions. Elles proviennent, dans la plupart des cas, de la grande région (France, Belgique, Allemagne).

Nationalité		Fréquence	Pourcentage
Valides	Allemagne	5	1,4
	Belgique	5	1,4
	France	9	2,5
	Italie	9	2,5
	Luxembourg	331	91,7
	Autres:	2	,6
	Total	361	100,0

Tableau 6: Distribution des nationalités dans la population enquêtée (N=361)

12.4. Structure de la langue maternelle dans la population enquêtée

La langue maternelle la plus représentée dans la population enquêtée est le luxembourgeois à 88,6 %.

Cette information est importante pour le recrutement du personnel dans ce type d'établissements, afin de considérer la compétence linguistique en tant que critère. En effet, la personne dépendante est fragilisée. Il est primordial de mettre à sa disposition, du personnel capable de la comprendre dans sa langue maternelle, afin qu'elle puisse continuer à s'exprimer, diminuant ainsi le risque d'isolement social.

Langue maternelle		Fréquence	Pourcentage
Valides	allemand	10	2,8
	français	17	4,7
	italien	9	2,5
	luxembourgeois	320	88,6
	autre:	5	1,4
	Total	361	100,0

Tableau 7 : Distribution de la langue maternelle dans la population enquêtée (N=361)

12.5. Structure de la population enquêtée selon le statut d'état civil dans la population enquêtée

La majorité des personnes enquêtées sont veuves (67%), 13 % sont encore mariées et 15 % sont célibataires. Une personne n'était pas en mesure de répondre sur son statut d'état civil.

Statut Etat Civil		Fréquence	Pourcentage
Valides	marié(e)	48	13,3
	divorcé(e)	14	3,9
	veuf(ve)	242	67,0
	célibataire	56	15,5
	Total	360	99,7
Manquante	Ne sait pas	1	,3
Total		361	100,0

Tableau 8 : Distribution du statut d'état civil dans la population enquêtée (N=361)

12.6. Durée d'institutionnalisation au moment de l'enquête

Afin d'étudier la durée d'institutionnalisation des personnes participant à l'enquête, il leur a été demandé de donner l'année d'entrée dans l'institution. 49 personnes n'étaient pas en mesure de se souvenir de leur date d'entrée dans l'institution. Le mode est situé en 2008.

Cependant, certaines personnes disent être entrées dans l'institution depuis 1985 et de ce fait avaient donc des durées d'institutionnalisation de plus de 24 ans au moment de l'enquête.

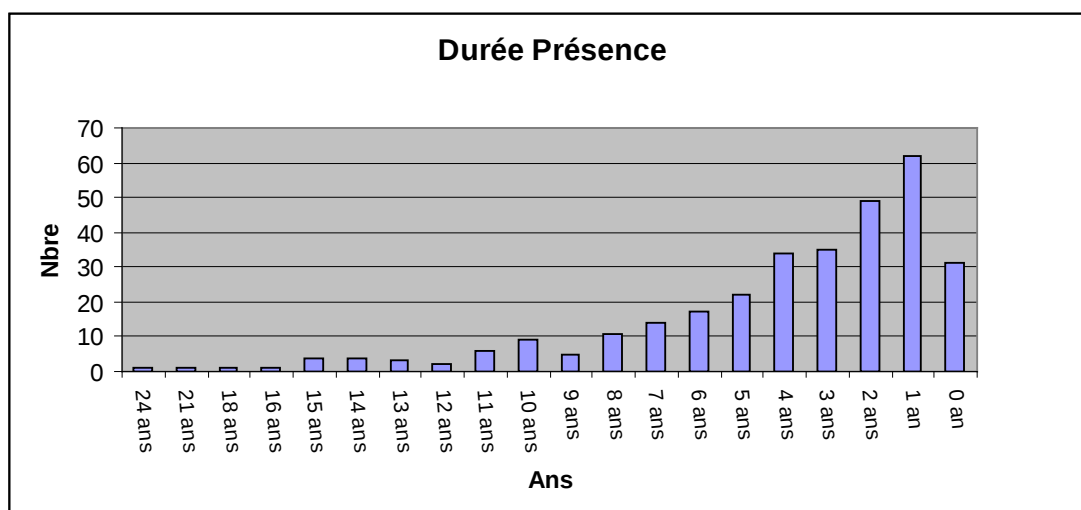
31 personnes étaient entrées dans l'année de l'enquête et donc résidaient depuis moins de un an dans l'institution.

64,6 % des personnes étaient dans leur institution depuis 5 ans ou moins. 35,4 % avaient entre 6 et 24 ans d'institutionnalisation.

Toutefois, cette question faisant appel à la mémoire, des erreurs sont possibles. C'est pourquoi, l'année citée par la personne a été comparée à l'année enregistrée par la CEO, tout en tenant compte que l'Assurance Dépendance ne s'est mise en place qu'en 1999. La comparaison a porté essentiellement à partir de 1999, et les résultats sont les suivants :

- pourcentage de personnes signalant une date d'entrée conforme à la date inscrite dans le fichier de la CEO : 61,2 %

Toutefois, le pourcentage de données incohérentes entre le fichier de la CEO et la date donnée par la personne ne signifie pas pour autant que la personne a fait une erreur de mémorisation, car la saisie des données dans la base de la CEO ne fait pas l'objet d'une double saisie et peut donc comporter des erreurs de saisie.



Graphique 3: Représentation de la durée d'institutionnalisation à la date d'enquête (N=312)

12.7. Séjour antérieur dans une autre institution

La majorité des personnes enquêtées, soit 86,7 % de la population, n'avaient pas séjourné dans une autre institution antérieurement. En général, il s'agissait donc de personnes ayant quitté leur domicile pour être hébergées dans l'institution où a eu lieu l'enquête. De ce fait, en majorité, les personnes n'avaient pas de possibilité de comparer le modèle d'organisation de leur institution avec un autre modèle, autre que leur vie antérieure à domicile.

47 personnes ont signalé avoir vécu dans une autre institution antérieurement.

Une personne n'était pas en mesure de répondre à cette question.

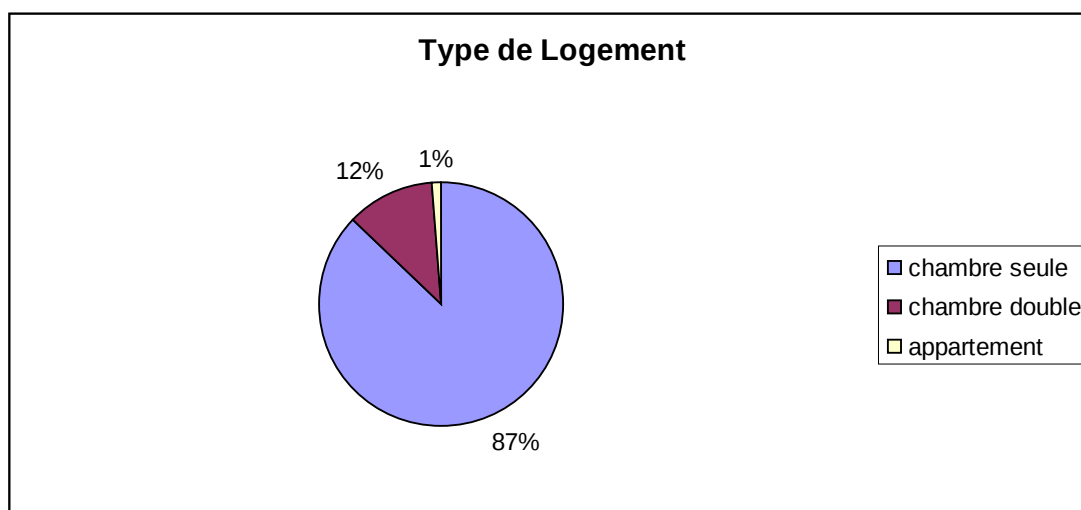
Séjour antérieur dans une autre institution		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	47	13,0
	non	313	86,7
	Total	360	99,7
Manquante	Ne sait pas	1	,3
Total		361	100,0

Tableau 9 : Séjour antérieur dans une autre institution des personnes enquêtées (N=361)

12.8. Conditions d'hébergement

Parmi la population enquêtée, 315 personnes vivaient en chambre seule, 42 personnes vivaient en chambre double et 4 personnes vivaient en appartement, soit respectivement 87,26 %, 11,63 % et 1,11%.

La plus grande majorité des personnes (84%) bénéficiaient d'une chambre ou appartement comportant une salle de bain et un WC particulier, le reste des personnes signalant avoir un WC particulier mais pas toujours de salle de bain particulière. Cette information n'a pas été vérifiée sur place par l'enquêteur.



Graphique 4: Distribution du mode d'hébergement de la population enquêtée (N=361)

12.9. Initiateur de l'entrée en institution

Dans 67,3 % des cas, ce sont les personnes elles-mêmes qui disent avoir pris l'initiative d'entrer dans l'institution.

Dans 17,5 % des cas, ce seraient les enfants, dans 2,5 % le conjoint et dans 4,2 % un autre membre de la famille. L'assistante sociale aurait pris la décision dans 1,4 % des cas, et d'autres acteurs, comme le médecin ou un membre de la famille éloignée dans 7,2 % des situations.

Dans environ 33 % des cas, la personne n'a pas pris elle-même la décision d'entrer en institution, mais y a été invitée par des acteurs de l'entourage ou des personnes de référence dans leur processus de prise en charge.

Initiateur de l'entrée		Fréquence	Pourcentage
Valides	vous-même	243	67,3
	vos enfants	63	17,5
	votre conjoint	9	2,5
	un autre membre de votre famille	15	4,2
	l'assistante sociale	5	1,4
	autre	26	7,2
	Total	361	100,0

Tableau 10: Distribution des initiateurs à l'entrée en institution de la population enquêtée (N=361)

12.10. Circonstances ayant entraîné l'entrée en institution

Près de 50 % des personnes sont entrées dans l'institution par prudence en prévision de la vieillesse, 25,6 % sont entrées après une hospitalisation, 5,8 % en raison du décès du conjoint ou de la personne de référence au domicile tel qu'un enfant, 7,5 % en raison d'une maladie n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, et 11,4 % pour d'autres raisons.

Les autres raisons sont le plus souvent une incapacité à vivre seul(e) dans la maison en raison d'une difficulté à voir, à se déplacer ou pour accompagner l'époux ou l'épouse qui entrait en institution.

Circonstances d'entrée		Fréquence	Pourcentage
Valides	après une hospitalisation	93	25,8
	après le décès de mon conjoint ou référent	23	6,4
	en raison d'une maladie sans hospitalisation	31	8,6
	par prudence en prévision de ma vieillesse	179	49,6
	autre	35	9,7
	Total	361	100,0

Tableau 11: Distribution des circonstances d'entrée en institution de la population enquêtée

D'autre part, il faut constater que les personnes âgées ont pour une moitié choisi d'entrer en institution en vue de leur vieillesse, ce qui témoigne de la disponibilité au Luxembourg de ressources pour les y accueillir.

Il est important de noter que près d'un quart de la population est entré après une hospitalisation en institution. L'hôpital est donc un vecteur d'institutionnalisation.

Il y a lieu de poser plusieurs questions sur ce point :

- l'hôpital joue-t-il un rôle dans l'amélioration ou l'aggravation de la dépendance des personnes lorsqu'elles doivent être hospitalisées en phase aigue ? Quelle politique de soins est mise en œuvre pour lutter contre la dépendance ? Comment est réalisée l'évaluation de la dépendance de la personne de plus de 65 ans ? Avec quels outils ? Et à quel moment de l'hospitalisation ?
- toutes les pistes de maintien à domicile sont-elles explorées ?
- l'hôpital est-il un vecteur utilisé par la population pour accélérer une entrée en institution de proches ?

12.11. Participation au choix de l'institutionnalisation

243 personnes avaient pris l'initiative d'entrer dans une institution. 118 personnes sont entrées en institution à la demande d'autres acteurs.

Sur ces 118 personnes, 44 % estiment avoir eu leur mot à dire pour le choix de l'institution, 47 % estiment ne pas avoir eu le choix et 9 % ne savent pas dire si elles ont eu la possibilité de participer au choix.

Participation au choix de l'institution		Fréquence	Pourcentage
Valides	Ne sait pas	11	9,3
	oui	52	44,1
	non	55	46,6
	Total	118	100,0

Tableau 12: Distribution de la participation au choix de l'institution chez les personnes n'ayant pas initié leur entrée (N=118)

Il est impossible de conclure de cette question, si l'absence de participation au choix de l'institutionnalisation était liée à :

- un état de santé à ce moment là ne permettant pas la participation de la personne dépendante,
- une dénegation par les acteurs initiant l'institutionnalisation, des droits de la personne dépendante,
- une impossibilité de choix par absence d'autres offres possibles,
- une incapacité pour la personne de reconnaître l'évidente nécessité d'être institutionnalisée.

12.12. Délai d'attente pour entrer dans l'institution

Cette question visait à connaître les délais d'attente de la personne pour entrer en institution. Toutefois, il faut noter qu'elle obligeait la personne à un effort de mémorisation pouvant entraîner un biais.

D'ailleurs, 96 personnes n'ont pas été en mesure de répondre à cette question.

61,5 % des personnes ayant répondu à cette question ont attendu quatre semaines ou moins pour entrer dans l'institution. Certains n'ont pas du tout attendu, d'autres par contre ont attendu très longtemps (18 ans). La médiane du délai d'entrée se situe à 2 semaines.

Il faut noter que les délais d'attente mentionnés par les résidents n'ont pas pu être vérifiés par les enquêteurs.

N	Valides	265
	Manquantes	96
Moyenne		39,89
Médiane		2,00
Minimum		0
Maximum		936
Percentiles	25	,00
	50	2,00
	75	16,00

Tableau 13: Délai d'attente en semaines avant d'entrer dans l'institution (N=265)

12.13. Evaluation de l'Assurance Dépendance

A la question de savoir si la personne enquêtée avait déjà rencontré un évaluateur de la CEO, 49 personnes ne savaient pas répondre à cette question.

Sur les 312 personnes ayant répondu, seules 108 personnes affirmaient avoir rencontré un évaluateur de la CEO, soit 35 % de la population enquêtée capable de répondre. Ce taux est considéré comme faible, d'autant que cette étape fait partie intégrante du processus d'attribution de la prise en charge par l'assurance dépendance.

Bien entendu, il faut considérer qu'il peut exister pour cette question un biais de mémorisation.

Toutefois, plusieurs questions peuvent être posées sur base de ces résultats :

- les personnes dépendantes sont-elles systématiquement vues par un évaluateur de la CEO, quand par exemple elles sont hospitalisées et que la demande de prise en charge de l'assurance dépendance se fait par le biais du médecin ou de l'assistante sociale ?
- si la personne est vue par un évaluateur de la CEO, ce dernier se présente-t-il de manière évidente pour que la personne dépendante l'identifie comme tel ?
- au moment où la personne est en démarche pour être institutionnalisée, est-elle dans un état de santé lui permettant toujours de mémoriser un interlocuteur externe ?
- si la personne est vue par un évaluateur de la CEO, l'entretien est-il suffisamment significatif pour être relié par la personne dépendante à une évaluation dans le cadre de l'assurance dépendance ?
- quelles traces sous forme de documents, l'évaluateur de la CEO laisse-t-il à la personne dépendante lors de la rencontre, qui lui permettrait de mieux mémoriser ce passage ?

Seules 52 personnes disaient avoir reçu la décision de l'assurance dépendance, soit 14% de la population enquêtée, ce qui constitue un taux extrêmement faible, si l'on prend pour hypothèse que l'AD envoie de manière systématique une décision suite à la demande de prise en charge par l'assurance dépendance.

Un biais de mémorisation est toujours possible.

Toutefois, ce très faible taux peut aussi être relié au fait que les affaires administratives des résidents sont parfois sous la tutelle ou gérance (officielle ou officieuse) d'un proche et que de ce fait ce document pourrait ne jamais être porté à la connaissance de la personne dépendante.

Cependant si telle était la raison, cela pose la question de la perte des droits à l'information de la personne résidant en institution. En effet, le maintien de l'information de la personne dépendante sur toutes les affaires la concernant n'est pas incompatible avec le fait qu'elle soit dans l'obligation de confier à autrui la réalisation de démarches externes administratives.

Ce point est d'autant plus capital, que les personnes qui ont pu participer à cette enquête étaient les personnes les plus valides et celles ne présentant pas ou très peu de troubles cognitifs. Malgré le maintien de leurs aptitudes, elles n'ont dans une grande majorité pas le souvenir d'avoir reçu la décision de l'assurance dépendance.

Partie 3 : Présentation des résultats sur la satisfaction des résidents enquêtés

Les résultats dans cette partie sont présentés par thème. Un préambule introduit le thème ayant fait l'objet d'une évaluation de la satisfaction du résident. Puis les résultats obtenus sont décrits. Une discussion sur les résultats est introduite si nécessaire.

13. Satisfaction sur le prix de pension

Préambule

Le prix de pension pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu n'est pas fixé par la loi. Seule la loi du 30 avril 2004 autorise le Fonds National de Solidarité à participer au prix de pension et fixe un montant maximum pour cette intervention, qui est appelée « complément au prix de l'accueil gérontologique ». Le montant fixé peut être augmenté par des points qualité évalués sur le degré de confort de l'établissement. Les services couverts par le prix de pension contenu dans l'accueil gérontologique sont définis dans le règlement grand-ducal du 27 septembre 2004.

En conséquence le prix de pension est libre.

Ce point a été inséré dans l'enquête de satisfaction afin de connaître l'avis des résidents sur les tarifs pratiqués par rapport aux prestations reçues.

Résultats

Dans 58,7 % des cas, les personnes ne connaissaient pas le prix de pension qu'elles paient mensuellement. Ce taux important pourrait être lié au fait que certains résidents ne gèrent plus leurs affaires administratives et sont relayés par leurs proches ou un tuteur. Pour nombre d'entre eux, leur courrier arrive directement au domicile de la personne s'occupant de leurs affaires administratives et non à elle-même dans l'institution. Ce point a pu être constaté par le CRP-Santé lors de l'envoi du courrier pour la participation à l'enquête. Il peut donc être présupposé que le paiement des mensualités est réglé soit par virement bancaire automatique, soit est réglé en majorité par les proches.

Pour deux personnes, cette question était inapplicable car elles étaient propriétaires de leur logement.

Connaissance du prix de pension		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	147	40,7
	non	212	58,7
	Total	359	99,4
	NA propriétaires	2	,6
Total		361	100,0

Tableau 14: Connaissance du prix de pension par la population enquêtée (N=361)

Sur les 147 personnes ayant dit connaître le prix mensuel de leur pension, seules 144 personnes ont été en mesure de donner un montant.

Le montant annoncé par le résident n'a pas pu être vérifié par les enquêteurs.

Le montant moyen mensuel est de 2.093 € et le montant médian de 2.100 €.

Le montant minimum cité est de 400 €, toutefois après vérification auprès de l'institution, ce montant ne correspondait pas au prix de pension mais aux ressources mensuelles restant disponibles pour la personne après paiement de son loyer. Ce montant a été exclu pour le calcul du loyer moyen et médian.

Le montant maximum cité est de 3.000 €.

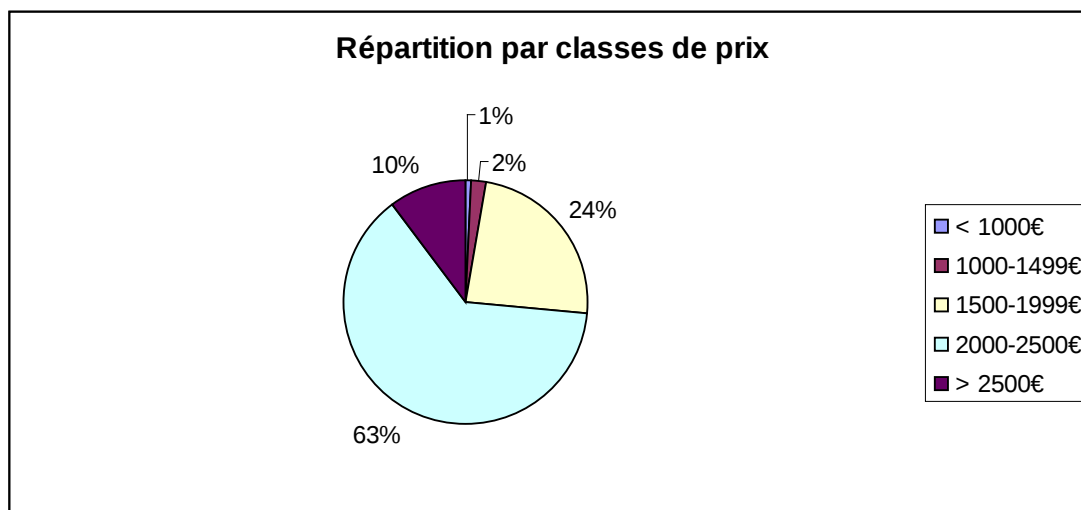
N	Valides	144
	Manquantes	217
Moyenne		2093
Médiane		2100,0000
Mode		2000,00
Minimum		1277,00
Maximum		3000,00
Percentiles	25	1950,0000
	50	2100,0000
	75	2250,0000

Tableau 15: Prix de pension mensuel cité par la population enquêtée (N=360)

Prix de pension mensuel par classes		Fréquence
Valides	Réponse inadaptée	1
	1000-1499€	3
	1500-1999€	34
	2000-2500€	91
	> 2500€	15
	Total	144
Mianquantes		217
Total		361

Tableau 16: Prix de pension mensuel par classes cité par la population enquêtée (N=361)

Dans la population de résidents disant connaître le prix mensuel de pension, 63, 2 % paient entre 2000 et 2500 €, 10,4 % paient plus de 2.500 €.



Graphique 5: Distribution par tranches du prix de pension payé par les personnes enquêtées (N=360)

70 % des personnes interrogées estimaient savoir ce qui était compris dans leur prix de pension. Les éléments suivants ont été cités :

- le logement, l'électricité,
- le nettoyage,
- les repas et boissons,
- le linge,
- les soins.

Concernant le tarif payé par rapport aux prestations offertes, 146 personnes ne savaient pas porter un jugement. Pour deux personnes habitant dans leur propre logement, cette question était inapplicable. Au total, 213 personnes se sont exprimées sur cette question.

Rapport Prix /Prestations		Fréquence	Pourcentage
Valides	très élevé	31	14,6
	élevé	71	33,3
	approprié	102	47,9
	bas	7	3,3
	très bas	2	,9
Total		213	100,0

Tableau 17: Jugement des personnes enquêtées sur le rapport prix de pension / prestations offertes (N=213)

Près de 48 % des personnes estiment le prix de pension approprié par rapport aux prestations reçues, seulement 4 % estiment le tarif bas ou très bas, alors que 48 % trouvent le prix élevé ou trop élevé.

Une proportion importante de résidents estime que le prix de pension est surestimé par rapport aux prestations offertes.

28 % des résidents enquêtés ont dit devoir payer en plus de leur prix de pension pour des prestations additionnelles. 29 % ont dit ne rien payer en plus, mais 43 % ne savaient pas répondre à cette question.

Les prestations citées pour un paiement additionnel au prix de pension étaient :

- l'antenne collective,
- le téléphone,
- l'accès Internet,
- le coiffeur,
- le pédicure, la manucure,
- le linge,
- le nettoyage plus fréquent,
- le repas en chambre,
- les boissons à table,
- le matériel pour la toilette,
- les pampers,
- les gants de protection pour le personnel,
- le médecin,
- les médicaments,
- le kinésithérapeute,
- les soins supplémentaires,
- le journal,
- les cigarettes,
- une personne pour se promener,
- un droit d'entrée en maison de soins.

Discussion :

Il est constaté que le prix de pension n'est pas unanimement reconnu comme adapté par rapport aux prestations offertes. La population se départage en deux groupes sur ce sujet. Le fait de devoir payer pour des prestations additionnelles alors que le montant mensuel est déjà considéré comme élevé, renforce la prise de position négative sur les tarifs.

Il aurait été toutefois intéressant de croiser cette prise de position par rapport aux montants de retraite perçus par les personnes, mais cette information n'était pas accessible, afin de savoir si ce jugement peut avoir été influencé par la part de retraite restant disponible mensuellement pour la personne après avoir payé sa pension.

D'autre part, il faut s'interroger sur la meilleure approche à choisir en termes de tarification pour augmenter le pourcentage de personnes jugeant les prestations offertes appropriées pour le tarif mensuel de pension:

- avoir un système « all inclusive » engendre probablement des situations de personnes payant pour des prestations qu'elles ne consommeront pas et génère donc des insatisfactions,
- avoir un système de prestations de base, assorti de multiples offres de prestations payantes à choisir par la personne résidente en fonction de ses choix et de ses moyens. Il est évident que cette deuxième solution nécessite un système de gestion plus perfectionné pour l'institution ainsi qu'une capacité à gérer des ressources en fonction des choix des résidents. Ce système existe déjà dans les institutions pour les prestations de confort telles que le coiffeur. Il pourrait être étendu à certaines prestations incluses dans le tarif de base.

Enfin, il y a lieu de réfléchir avec les institutions sur le moyen d'augmenter le degré de satisfaction des résidents quant au rapport prestations offertes par rapport au prix de pension, malgré le fait que les personnes résidentes n'aient effectivement pas de réel choix pour changer d'institution. Les institutions n'ont en réalité pas de réelle pression, à faire évoluer cet indicateur puisque leur clientèle est de fait condamnée à accepter la situation faute de pouvoir trouver une autre institution d'accueil.

14. Satisfaction sur le processus d'admission

Préambule

L'admission dans une institution est un moment clé pour la personne dépendante ; L'accueil qu'elle reçoit peut induire son degré de satisfaction. De même, les informations mises à sa disposition l'aideront à s'intégrer et à trouver des repères pour garder une autonomie au sein de l'institution.

Pour ces raisons, le processus d'admission constituait un élément d'enquête.

Résultats

Afin d'éviter tout biais de mémorisation quant au processus d'admission, les questions relatives à la satisfaction des résidents sur cette situation n'ont été posées qu'aux personnes qui étaient présentes dans l'institution depuis moins d'une année. Seules 57 personnes ont donc été interrogées à ce sujet, soit 15 % de la population totale enquêtée.

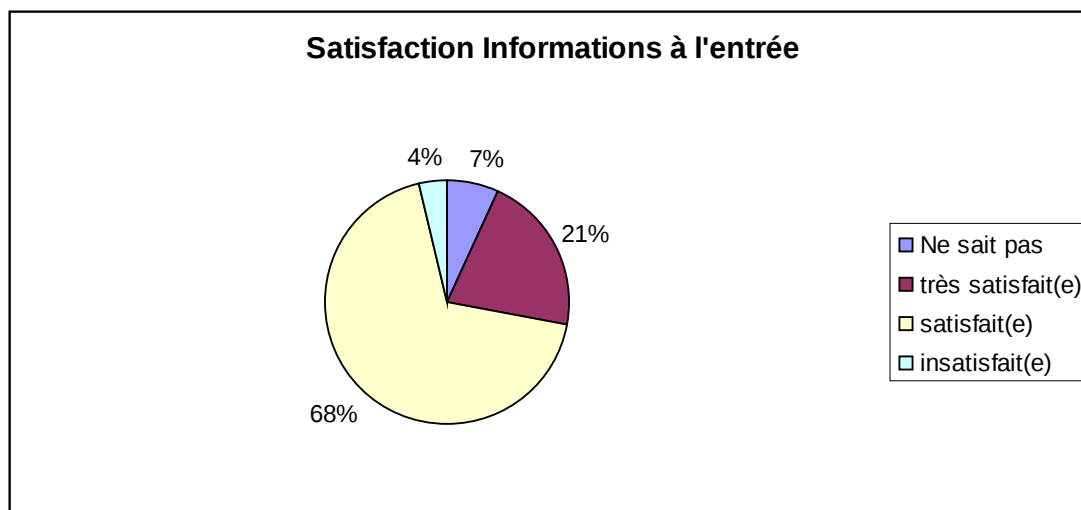
Le degré de satisfaction sur l'accueil s'est exprimé comme suit :

Satisfaction Accueil		Fréquence	Pourcentage
Valides	Ne sait pas	4	7,0
	très satisfait(e)	18	31,6
	satisfait(e)	33	57,9
	insatisfait(e)	1	1,8
	très insatisfait(e)	1	1,8
	Total	57	100,0

Tableau 18: Distribution du degré de satisfaction des personnes enquêtées sur le processus d'accueil (N=57)

Dans l'ensemble, 89 % des personnes présentes depuis moins d'un an dans leur institution sont satisfaites de l'accueil dont elles ont bénéficié lors de leur admission. Seules 2 personnes sur 57 expriment une insatisfaction.

Concernant les informations reçues lors de l'admission sur l'institution, les procédures à suivre, les services offerts par l'établissement, 89 % des personnes arrivées depuis moins d'un an se disent satisfaites ou très satisfaites.



Graphique 6: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées résidant depuis moins d'un an, sur les informations reçues à l'entrée (N=57 entrées depuis moins de 1 an)

Discussion :

Le taux de satisfaction quant aux informations reçues à l'admission est élevé. Sans vouloir mettre en doute la qualité de l'accueil dans les institutions, toutefois, ce taux doit être relativisé car il peut avoir été influencé par les éléments suivants :

- les caractéristiques de la population enquêtée, qui ne fait pas partie de la génération des citoyens ayant acquis des habitudes pour revendiquer des informations,
- le soulagement des résidents d'avoir pu trouver une place en institution, après parfois plusieurs mois d'attente.

L'enquête n'a pas permis de vérifier le contenu des informations transmises à l'entrée.

15. Satisfaction sur le logement et les locaux

Préambule

Bien que le Luxembourg ait investi dans la construction de nombreux établissements d'aides et de soins ces dernières années, il est important de connaître l'avis des résidents sur les structures mises à leur disposition, notamment parce que certains établissements sont plus anciens, et que d'autre part la propreté des locaux reste un indicateur intervenant sur le degré de satisfaction.

Résultats

Toutes les personnes ont été en mesure de porter un avis sur ces questions.

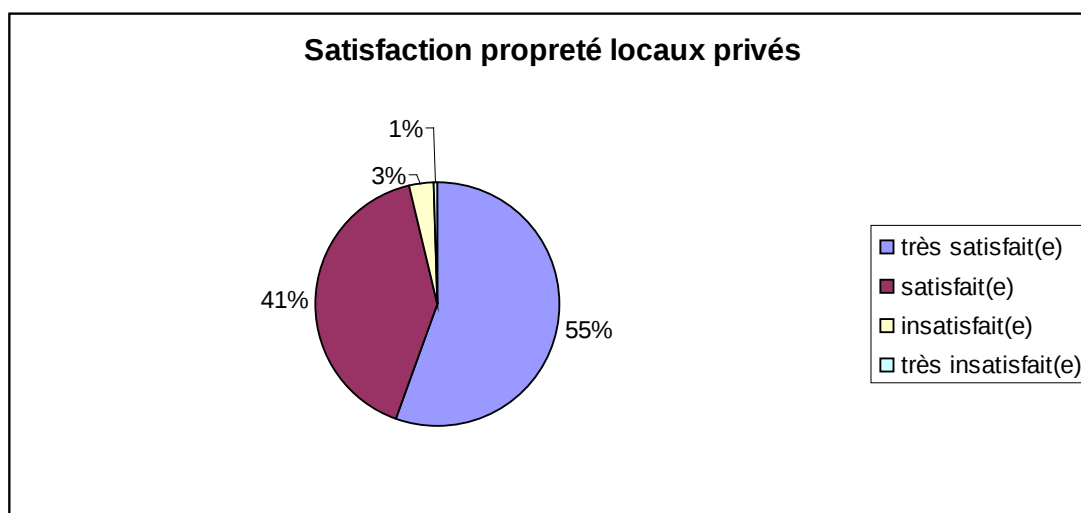
95,3 % des personnes enquêtées sont très satisfaites ou satisfaites des conditions dans lesquelles elles sont logées, en termes de grandeur, de luminosité, etc....

17 personnes sont insatisfaites ou très insatisfaites.

Satisfaction conditions logement		Fréquence	Pourcentage
Valides	très satisfait(e)	192	53,2
	satisfait(e)	152	42,1
	insatisfait(e)	11	3,0
	très insatisfait(e)	6	1,7
	Total	361	100,0

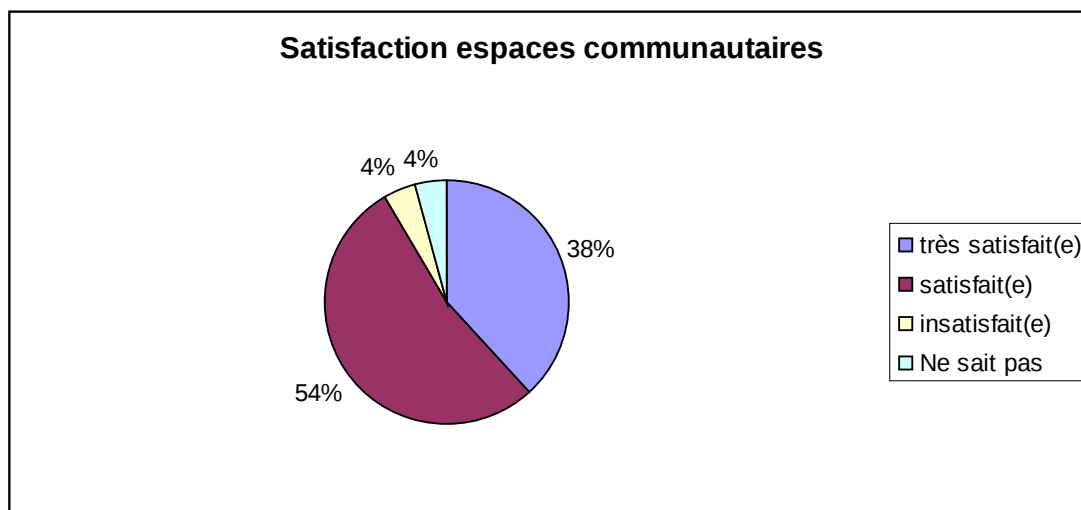
Tableau 19: Distribution du degré de satisfaction des personnes enquêtées sur leurs conditions de logement (N=361)

Par rapport à la propreté des locaux dans l'espace privé, 96 % des personnes enquêtées sont satisfaites ou très satisfaites. Seules 13 personnes sont insatisfaites ou très insatisfaites. Lorsqu'elles sont insatisfaites, le plus souvent c'est la fréquence de nettoyage des locaux qui est en cause (une fois par semaine).



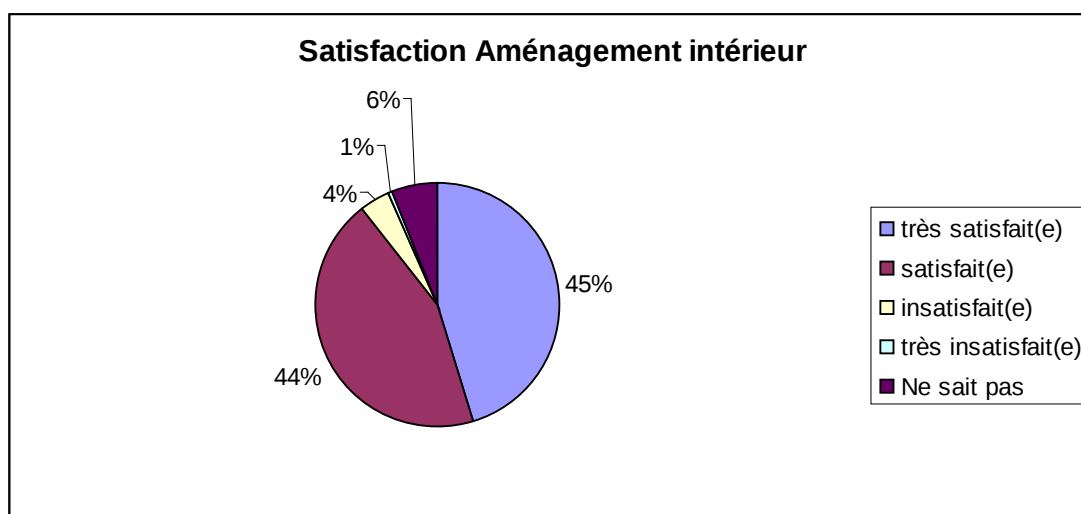
Graphique 7: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées sur la propreté dans leurs locaux privés (N=361)

Pour la satisfaction quant à l'aménagement des salles communautaires, 15 personnes ne se positionnent pas sur ce sujet, 15 personnes soit 4 % sont insatisfaites, alors que 92 % sont satisfaites ou très satisfaites.



Graphique 8: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées sur l'aménagement des espaces communautaires (N=361)

Pour la satisfaction quant à l'aménagement intérieur pour les déplacements au sein de la résidence, 22 personnes ne se positionnent pas (6,1%), 16 personnes sont insatisfaites ou très insatisfaites (4,5%) et 89,5 % sont satisfaits ou très satisfaits.



Graphique 9: Distribution de la satisfaction de la population enquêtée sur l'aménagement intérieur (N=361)

En ce qui concerne l'aménagement extérieur pour notamment les déplacements autour de la résidence, 61 personnes n'étaient pas en mesure de répondre, leurs déplacements à l'extérieur étant réduits. Sur les 300 personnes pouvant se positionner, 95,7 % sont satisfaits ou très satisfaits et seules 13 personnes expriment une insatisfaction ou très grande insatisfaction.

Satisfaction Aménagement extérieur		Fréquence	Pourcentage
Valides	très satisfait(e)	128	42,7
	satisfait(e)	159	53,0
	insatisfait(e)	11	3,7
	très insatisfait(e)	2	,7
	Total	300	100,0

Tableau 20: Satisfaction des personnes enquêtées sur l'aménagement extérieur de la résidence (N = 300)

Par contre lors de l'enquête de nombreux commentaires ont été faits par les résidents, qui méritent d'être cités car ils contribuent à leur insatisfaction :

- chauffage des espaces privés insuffisants, voire fermés la nuit,
- chambre trop petite pour un couple, certaines chambres individuelles ayant été affectées à un couple,
- salle de bain commune à plusieurs chambres,
- entrée dans les toilettes impossible avec une chaise roulante,
- présence de courants d'air dans la salle à manger,
- locaux non adaptés aux personnes aveugles,
- trop de descentes et de montées autour de l'institution,
- chemins autour de l'institution délabrés présentant des risques de chute pour les personnes.

Discussion :

Les résultats montrent un degré de satisfaction élevé quant aux conditions de logement des résidents. Ces résultats doivent être mis en perspective avec le vaste programme d'investissement lancé par le gouvernement luxembourgeois depuis près de 15 ans, dans la construction de résidences modernes permettant l'hébergement des personnes dépendantes dans de bonnes conditions. Certaines personnes ont trouvé lors de leur entrée en institution un logement plus fonctionnel qu'au domicile même si l'espace individuel a été diminué.

Les résultats relatifs à la propreté dans les locaux privés sont élevés pour une vie communautaire. Ils sont indépendants des systèmes de nettoyage choisis par les institutions. Ils sont le reflet de l'importance attachée par les directions à l'image institutionnelle.

Les espaces communautaires donnent satisfaction dans une très grande majorité aux personnes enquêtées, témoignant ainsi des choix judicieux pris par les autorités publiques lors de la construction des bâtiments, en privilégiant les espaces de rencontre.

L'aménagement intérieur est en grande majorité apprécié par les résidents, témoignant d'une construction adaptée aux besoins des personnes dépendantes.

Globalement le score de satisfaction obtenu pour les locaux et le logement est très élevé. Les résidents apprécient leurs conditions de logement.

Toutefois, certaines remarques émises malgré une réponse de type satisfait ou très satisfait doivent être prises en considération.

16. Satisfaction sur les repas

Préambule

Le repas est un moment clé de la vie en institution. Il rythme les journées. C'est aussi un moment de vie communautaire permettant de conserver le lien social.

D'autre part, la variété des mets et leur qualité soutient l'appétit des personnes dont la condition physique est altérée.

Or la nutrition est un facteur capital de l'équilibre énergétique des individus. Une sous nutrition des personnes dépendantes peut induire rapidement une aggravation de leur dépendance par fonte de leur masse musculaire, engendrant une diminution de leurs forces et un risque de perte de leur équilibre pouvant entraîner des risques de chutes.

Cet indicateur a fait l'objet de l'enquête.

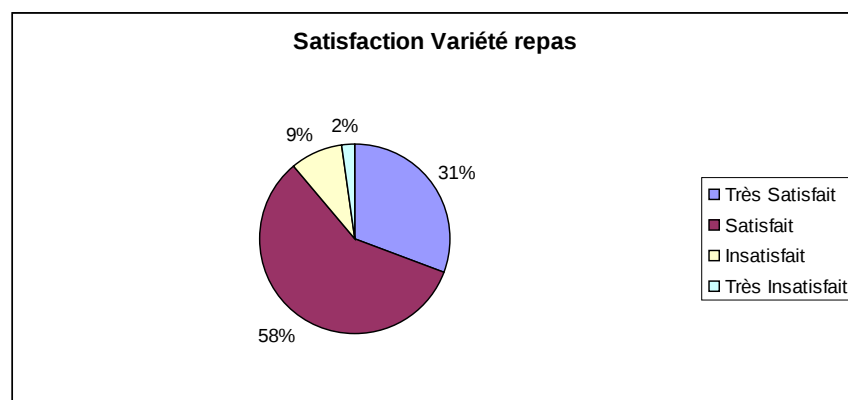
Résultats

Les résidents en institutions d'aides et de soins ont pour 58,4% des cas **la possibilité de choisir entre plusieurs menus** proposés.

Choix entre plusieurs menus		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	211	58,4
	non	145	40,2
	Total	356	98,6
Données manquantes	Ne sait pas	3	,8
	Non réponse	2	,6
	Total	5	1,4
Total		361	100,0

Tableau 21: Possibilité pour le résident de choisir entre plusieurs menus (N=356)

En ce qui concerne **la variété des repas**, la satisfaction des personnes résidentes est élevée puisque 87,8 % de la population enquêtée est satisfaite (57 %) ou très satisfaite (31%). Toutefois, 40 personnes expriment une insatisfaction à ce sujet.



Graphique 10: Distribution de la satisfaction sur la variété des repas (N=357)

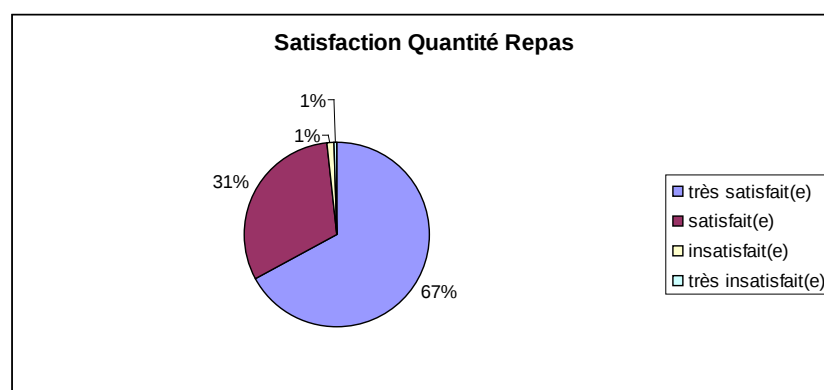
L'expression des personnes enquêtées quant à la **qualité des repas** s'exprime comme suit :

Satisfaction Qualité Repas		Fréquence	Pourcentage
Valides	très satisfait(e)	109	31
	satisfait(e)	183	50
	insatisfait(e)	52	15
	très insatisfait(e)	13	4
	Total	357	100

Tableau 22: Distribution de la satisfaction des personnes enquêtées sur la qualité des repas (N=357)

Dans l'ensemble, le degré de satisfaction est élevé quant à la qualité des repas puisque 81% des personnes enquêtées sont satisfaites (50%) et très satisfaites (31%). Toutefois 65 personnes expriment une insatisfaction à ce sujet.

En ce qui concerne **la quantité d'alimentation fournie**, la distribution de la satisfaction est la suivante :



Graphique 11: Distribution de la satisfaction des résidents sur la quantité des repas (N=358)

67 % des personnes enquêtées sont très satisfaites, soit la majorité de la population enquêtée, et 31 % sont satisfaits. Seulement 2 % des résidents enquêtés sont insatisfaits ou très insatisfaits.

La possibilité de prendre son repas dans son espace privé est répartie comme suit dans la population enquêtée :

Possibilité Prise Repas espace privé		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	289	87,3
	non	42	12,7
	Total	331	100,0

Tableau 23: Distribution de la possibilité de prendre son repas dans l'espace privé (N=331)

Une majorité des résidents enquêtés (87,3%) a la possibilité de prendre son repas dans son espace privé. Toutefois, les 42 personnes signalant qu'elles ne peuvent pas prendre un repas dans leur espace privé sont toutes des personnes hébergées en maison de soins. De plus, il est noté par de nombreux résidents que le repas pris en chambre fait alors l'objet d'un supplément à payer. D'autre part, il est signalé par de nombreux résidents que le repas en chambre n'est possible qu'en cas de maladie du résident.

Il est aussi majoritairement possible pour les personnes résidentes enquêtées de **prendre un repas à l'extérieur de l'institution**. Toutefois, les 33 personnes signalant qu'elles n'ont pas la possibilité de prendre un repas à l'extérieur sont toutes hébergées en maisons de soins.

Possibilité de Repas à l'extérieur		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	305	90,2
	non	33	9,8
	Total	338	100,0

Tableau 24: Distribution de la possibilité de repas à l'extérieur (N=338)

Les remarques des personnes insatisfaites relatives aux repas sont les suivantes :

- le repas est froid lorsqu'il est servi dans l'espace privé,
- la cuisson de certains produits est insuffisante (pommes de terre, riz)
- les viandes sont trop cuites et donc difficiles à manger,
- l'hygiène des couverts n'est pas respectée,
- pour manger en chambre il faut payer un supplément,
- on ne peut manger en chambre que si on est malade.

Discussion :

Une grande majorité des personnes enquêtées présentent un degré de satisfaction face à l'ensemble des questions relatives aux repas. Les établissements offrent une quantité suffisante par rapport aux besoins ressentis par cette population souvent âgée et dépendante. Si des efforts sont à faire, il apparaît que cela devrait porter plus sur la variété des repas et la qualité des repas, deux indicateurs pour lesquels une certaine insatisfaction s'est exprimée.

Les établissements laissent à la personne résidente le choix de prendre son repas en communauté ou dans son espace privé, toutefois la prise du repas dans l'espace privé est payante le plus souvent ou réservée aux situations de maladie.

Les résidents ont la possibilité de prendre leur repas à l'extérieur de l'établissement. Cette tendance est majoritairement répandue dans les institutions enquêtées. Toutefois les personnes ayant signalé que cette possibilité ne leur était pas offerte résidaient toutes en maison de soins. Il y a lieu de se demander si cette situation était liée à leur niveau de dépendance, à leur niveau d'information ou à une pratique interne à ces établissements.

17. Satisfaction sur la gestion du linge

Préambule

Le linge fait partie intégrante de l'intimité d'un individu. La garantie de propreté doit être garantie. La gestion communautaire du linge est souvent source de pertes et de conflits entre familles, résidents et institutions socio-sanitaires. Elle intervient donc dans la satisfaction des résidents et des proches.

C'est pourquoi cet indicateur a été exploré lors de l'enquête.

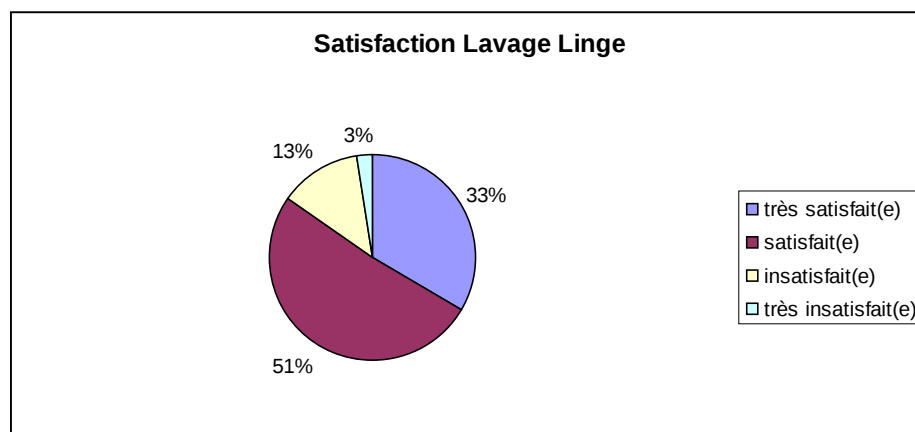
Résultats

Un peu plus des deux tiers de la population enquêtée fait laver son linge par l'établissement où elle réside. Pour les autres, c'est le plus souvent la famille qui assume cette mission.

Lavage linge Etablissement. / Famille		Fréquence	Pourcentage
Valid	établissement	234	65,2
	famille	125	34,8
	Total	359	100,0

Tableau 25: Distribution du mode de lavage du linge des personnes enquêtées (N= 359)

Sur les 234 personnes faisant laver leur linge dans l'institution où elles résident, la satisfaction s'exprime comme suit :



Graphique 12: Distribution de la satisfaction sur lavage du linge par l'institution (N=234)

Majoritairement les personnes qui donnent leur linge à laver par l'institution sont satisfaites (51%) ou très satisfaites (33 %). 16 % expriment une insatisfaction voire grande insatisfaction.

Lorsque les personnes ont émis une insatisfaction, les raisons étaient les suivantes :

- perte du linge (cette remarque est très fréquente),
- linge lavé mais pas repassé,
- produits utilisés pour le lavage agressifs pour la peau,
- pas d'attention au linge délicat,

- durée de récupération du linge trop longue,
- erreur dans la redistribution du linge aux résidents.

Discussion :

Les proches des résidents enquêtés interviennent encore régulièrement dans la gestion du linge des résidents dépendants (34%).

Lorsque le linge est géré par l'institution, les résidents sont globalement satisfaits. Les institutions assument globalement cette mission en donnant satisfaction aux résidents. Il serait toutefois important d'analyser les causes d'insatisfaction afin de détecter de potentielles améliorations.

18. Sentiment de sécurité dans l'établissement

Préambule

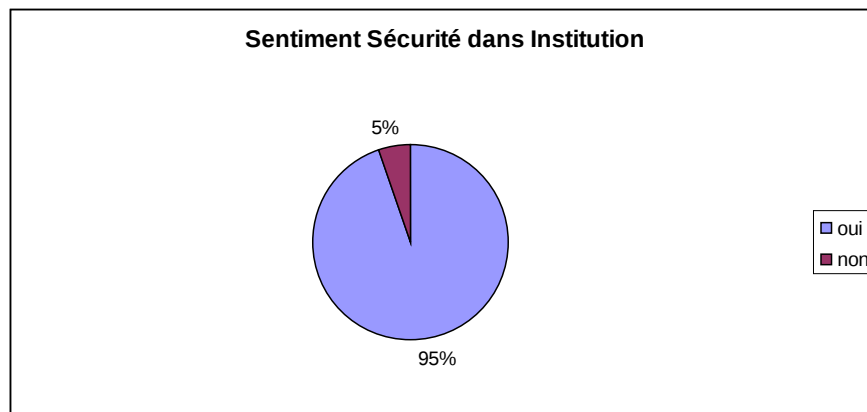
La personne dépendante est fragilisée. Son intégration au sein d'une communauté doit lui procurer un sentiment de sécurité complémentaire par rapport aux conditions qu'elle pourrait trouver à son domicile : sécurité en cas de chute, sécurité par rapport aux agressions extérieures, etc...

Un sentiment de sécurité soutient une intégration réussie dans l'institution, et le degré de satisfaction.

Cet indicateur a été exploré dans l'enquête.

Résultats

Les personnes dépendantes enquêtées expriment un haut degré de sentiment de sécurité au sein de l'institution (95%).



Graphique 13: Distribution du sentiment de sécurité dans la population enquêtée (N=355)

Lorsque les personnes expriment un sentiment d'insécurité, les raisons sont les suivantes :

- vol d'argent au sein de l'institution dans les espaces privés,
- agression du personnel.

Discussion

Les résidents expriment majoritairement un sentiment de sécurité au sein de l'établissement.

Toutefois, comme dans toute communauté, ces institutions ne sont pas exemptes d'évènements indésirables pouvant engendrer du stress pour les personnes dépendantes.

19. Satisfaction relative aux activités de loisir

Préambule

L'inactivité est un fléau à combattre chez la personne âgée en général et chez la personne dépendante en particulier. En effet, l'inactivité augmente le risque d'évolution défavorable de la dépendance. L'activité de loisir permet à la personne de conserver un lien social, de faire travailler ses capacités intellectuelles et cognitives et dans certains cas de maintenir des activités motrices. Elles peuvent de plus offrir du plaisir et ainsi contribuer au sentiment de bien être des individus.

Mais pour atteindre ce résultat, l'activité proposée doit être adaptée au niveau intellectuel de la population concernée et elle ne doit pas se situer à un niveau pouvant engendrer une certaine régression de ses aptitudes. Cet équilibre est évidemment complexe pour répondre aux besoins de résidents dans une institution.

Etant donné l'impact de ces activités sur la dépendance, cet indicateur a été enquêté.

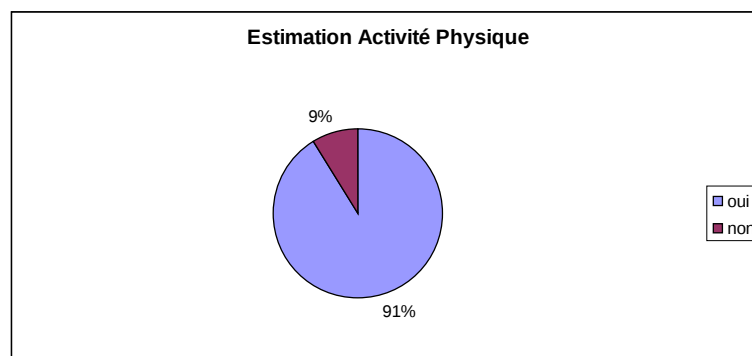
Résultats

Des activités de loisir sont proposées aux personnes résidentes dépendantes ayant participé à cette enquête :

Proposition Activités Loisir		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	340	97,1
	non	10	2,9
		350	100,0

Tableau 26: Distribution de la proposition d'activités de loisir (N=350)

Dans une grande majorité (91%), les personnes dépendantes enquêtées estiment avoir assez d'activités physiques :



Graphique 14: Distribution de l'estimation des activités physiques (N=295)

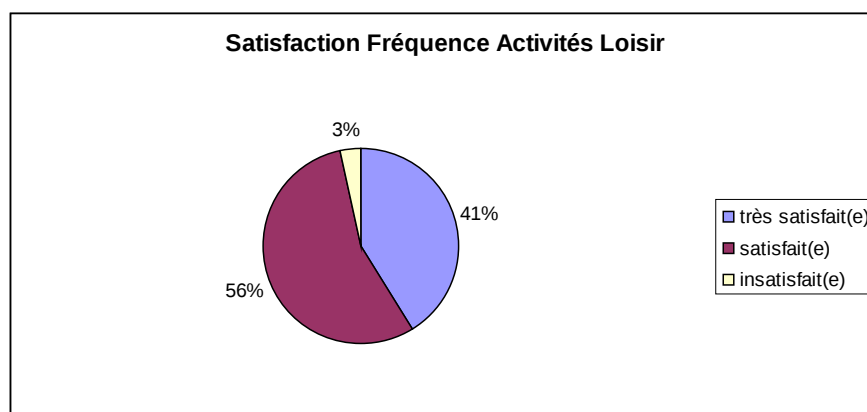
La satisfaction des personnes enquêtées sur les activités proposées est la suivante :

Satisfaction Activités Proposées		Fréquence	Pourcentage
Valides	très satisfait(e)	122	43,9
	satisfait(e)	145	52,2
	insatisfait(e)	10	3,6
	très insatisfait(e)	1	,4
	Total	278	100,0

Tableau 27: Distribution de la satisfaction relative aux activités proposées (N=278)

Une très grande majorité des personnes est satisfaite (52,2%) ou très satisfaite (43,9%). Seulement 11 personnes sur 278 expriment une insatisfaction.

Par rapport à la **fréquence des activités de loisir**, la satisfaction s'exprime comme suit :



Graphique 15: Distribution de la satisfaction sur la fréquence des activités de loisir (N=278)

La très grande majorité des personnes enquêtées (98%) estiment **pouvoir pratiquer leurs croyances religieuses** au sein de l'établissement où elles résident. Elles expriment à ce sujet un fort degré de satisfaction.

Pratique Croyances religieuses		Fréquence	Pourcentage
Valides	oui	339	98,3
	non	6	1,7
	Total	345	100,0

Tableau 28: Distribution de l'estimation sur la pratique des croyances religieuses (N=345)

Lorsque les résidents expriment **une insatisfaction à propos des activités de loisir**, elles portent sur :

- l'inadaptation de l'activité aux personnes,
- la répétitivité des activités,
- l'obligation de partager ses loisirs avec des personnes de la communauté que l'on ne désire pas cotoyer,
- le peu de temps réel consacré aux activités de loisir,
- les personnes sont disposées ensemble et attendent que le temps passe,
- l'impossibilité de pratiquer sa religion.

Discussion :

Les taux de non réponses à ces questions interrogent sur le droit que se donnent les personnes enquêtées d'exprimer leur avis, alors qu'elles savent qu'elles devront continuer à vivre dans l'institution.

Les établissements proposent des activités de loisir aux personnes résidentes dépendantes ayant participé à l'enquête. Bien entendu, cela ne permet pas de conclure que les personnes dépendantes avec troubles cognitifs ou mauvais état de santé en bénéficient aussi, ni que dans ces situations, l'établissement procède à des adaptations des activités proposées.

Le type d'activités proposées ainsi que leur fréquence donne globalement satisfaction aux personnes enquêtées.

Le respect par les institutions des croyances religieuses des résidents semble constituer un acquis.

Dans l'ensemble les personnes estiment avoir assez d'activités physiques. Toutefois, celles-ci n'ont pas fait l'objet d'une interrogation plus approfondie et il n'est pas possible de dire si l'activité physique pratiquée est suffisante pour protéger le capital santé des personnes enquêtées. En effet, plusieurs études scientifiques démontrent aujourd'hui le bien fondé de l'activité physique sur la santé des personnes âgées, sur le maintien de leur autonomie, ainsi que sur le maintien de leurs capacités cognitives.

20. La communication du personnel avec les résidents

Préambule :

L'ensemble des questions posées dans ce chapitre visait à connaître le sentiment des personnes résidentes dépendantes sur le modèle de communication utilisé par l'institution, de connaître leurs attentes en cette matière et d'identifier si les droits des personnes dépendantes sont considérés par les acteurs impliqués dans la prise en charge.

Il faut noter en préambule que ces questions sont très personnelles, car liées à l'histoire de vie des individus, à la personnalité des individus, ainsi qu'à l'impact de leur dépendance et de leur hébergement sur leurs attentes.

Enfin, il ne faut pas négliger les peurs des résidents si elles positionnent un avis pouvant déranger l'institution, car elles doivent continuer à vivre dans l'établissement bien après le passage de l'enquêteur. Certains résidents l'ont clairement signifié aux enquêteurs. Un certain biais est donc possible, le taux de non réponse à certaines de ces questions pouvant en être le témoignage.

Résultats

A la question sur **le respect des vœux et des choix des personnes par l'institution** dans laquelle ils résident, seulement 252 individus ont répondu, soit 70 % des personnes enquêtées.

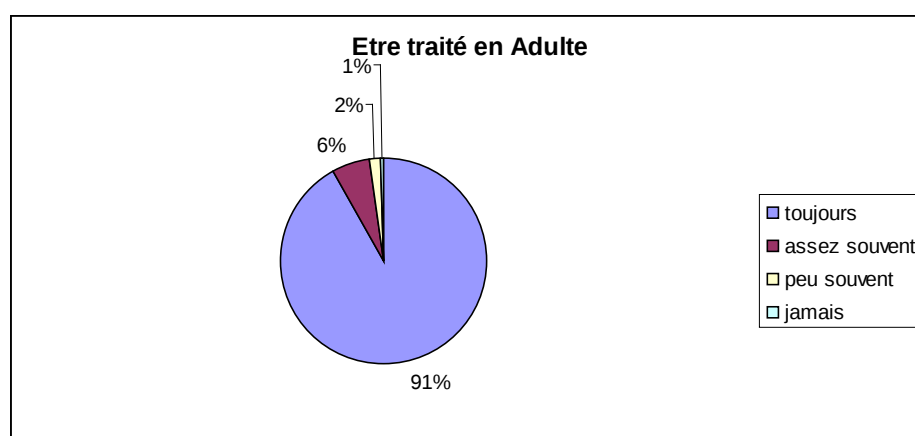
Sur les répondants, le respect s'exprime ainsi :

Vœux et choix respectés		Fréquence	Pourcentage
Valides	toujours	178	70,6
	assez souvent	59	23,4
	peu souvent	7	2,8
	jamais	8	3,2
	Total	252	100,0

Tableau 29: Distribution du sentiment de respect des choix et vœux par l'institution (N=252)

Une majorité des personnes ayant répondu (70%) estime que l'institution respecte toujours leurs choix et vœux, alors que 6 % des personnes ont le sentiment que leurs choix ne sont jamais ou peu souvent respectés.

Le sentiment d'être traité en tant qu'adulte est ressenti par 91% des personnes enquêtées. Toutefois, quelques personnes estiment ne pas bénéficier de cette approche.

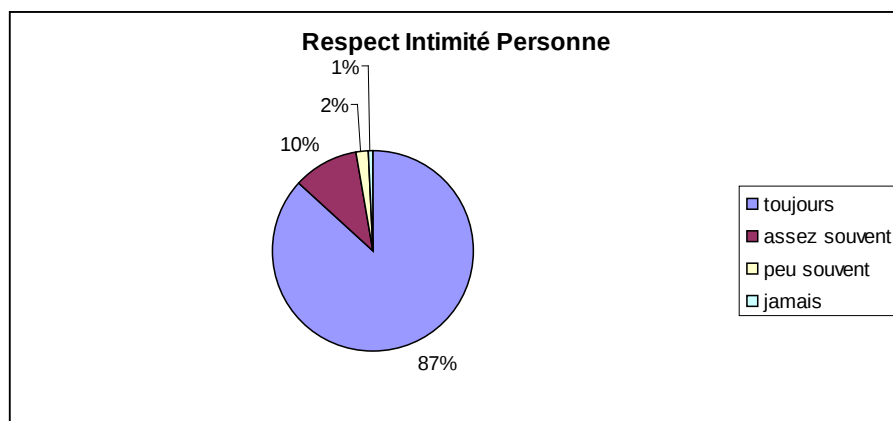


Graphique 16: Distribution du sentiment d'être traité en adulte (N=360)

Le respect de l'intimité de la personne a été demandé car il constitue un principe de base dans les établissements d'hébergement. Ce terme pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.

A cette question étaient associés le fait de frapper à la porte avant d'entrer dans le territoire privé des personnes.

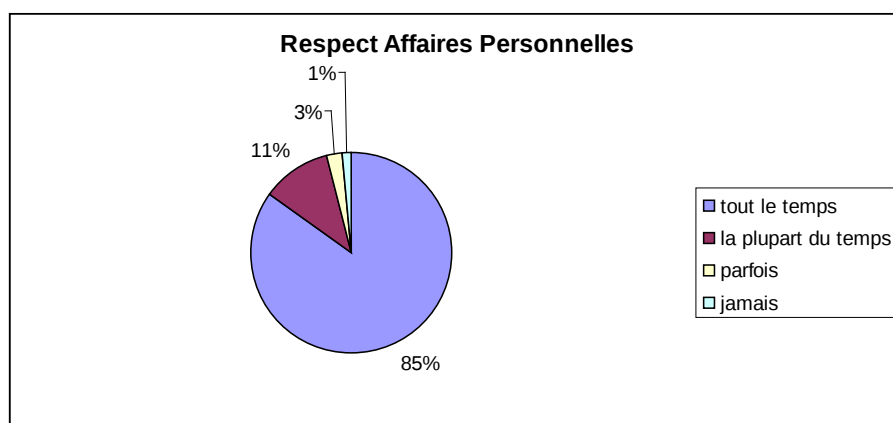
Les résultats à cette question sont les suivants : 87 % des personnes estiment que leur intimité est respectée, toutefois dans 13 % des cas, des attentes d'amélioration sont exprimées.



Graphique 17: Distribution du respect de l'intimité des personnes (N=356)

Le respect des affaires personnelles par le personnel a aussi été évalué par les personnes enquêtées. Ce terme pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.

Les réponses sont les suivantes :



Graphique 18: Distribution du respect des affaires personnelles (N=356)

Pour 85 % des personnes enquêtées, le personnel respecte les affaires personnelles. Il reste toutefois des insatisfactions qui mériteraient d'être explorées afin de pouvoir identifier d'éventuelles améliorations.

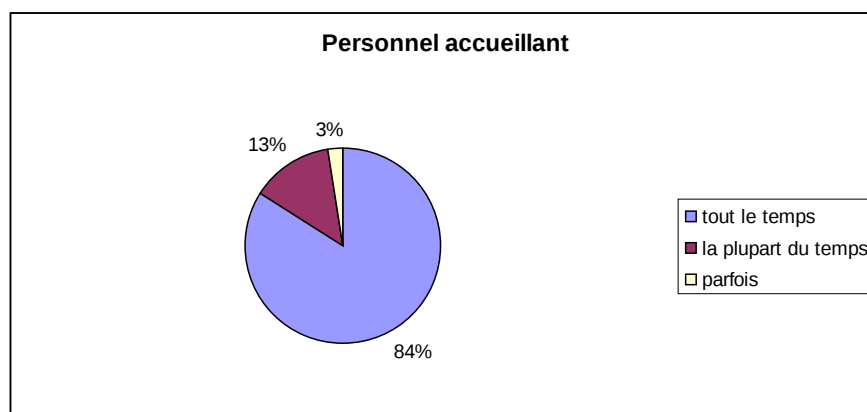
La gentillesse du personnel soignant à l'égard des personnes enquêtées est jugée comme suit :

Gentillesse du personnel soignant		Fréquence	Pourcentage
Valides	tout le temps	293	81,6
	la plupart du temps	60	16,7
	parfois	6	1,7
	Total	359	100,0

Tableau 30: Distribution de la gentillesse du personnel soignant (N=359)

Une majorité de personnes estime que le personnel est gentil avec elles. Toutefois, des variations de la gentillesse selon les moments ou les membres du personnel sont mises en valeur.

Le comportement accueillant du personnel à l'égard des personnes enquêtées a été évalué. Ce qualificatif pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.

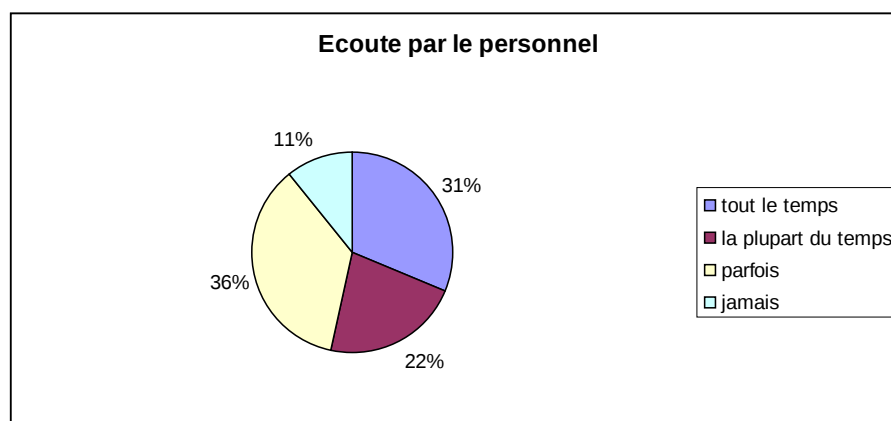


Graphique 19: Sentiment d'avoir du personnel accueillant (N=359)

Dans la grande majorité, les personnes résidentes enquêtées estiment que le personnel est accueillant à leur égard. Si on ajoute les réponses « la plupart du temps », le score monte alors à 97 %.

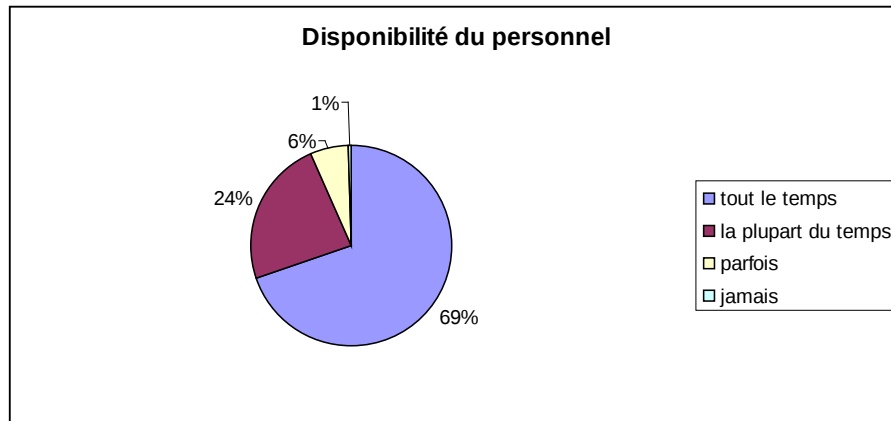
L'écoute de la personne résidente par le personnel soignant a fait l'objet d'une évaluation, le personnel étant le contact permanent des personnes hébergées. Le terme « écoute » pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.

348 personnes se sont exprimées sur ce sujet. 53 % des personnes estiment que le personnel prend toujours ou la plupart du temps le temps de les écouter. Mais il faut noter que 47 % estiment que le personnel ne prend jamais (11 %) ou parfois (36%) le temps de les écouter, ce qui est un taux élevé.



Graphique 20: Distribution du sentiment d'écoute par le personnel (N=348)

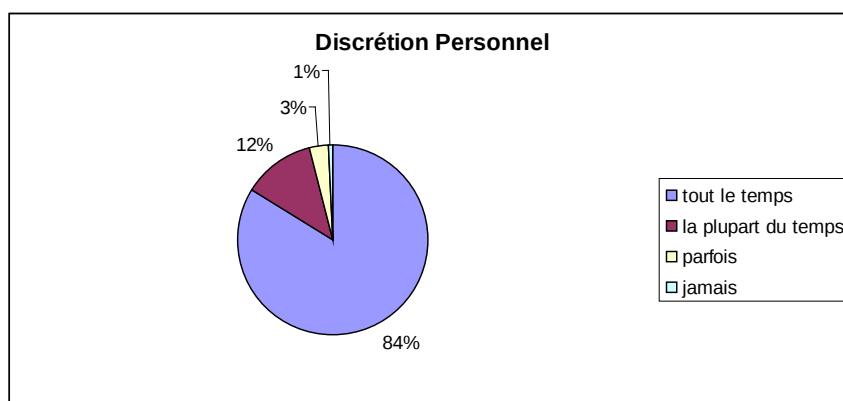
A la question sur **la disponibilité du personnel soignant**, 69 % des personnes enquêtées répondent que le personnel est tout le temps disponible pour elles et 24 % la plupart du temps. Seules 7 % des personnes estiment que le personnel est parfois ou jamais disponible. Ce qualificatif pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.



Graphique 21 : Distribution du sentiment de disponibilité du personnel (N=351)

La discrétion du personnel a aussi été enquêtée. 344 personnes ont répondu à cette question. Ce qualificatif pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.

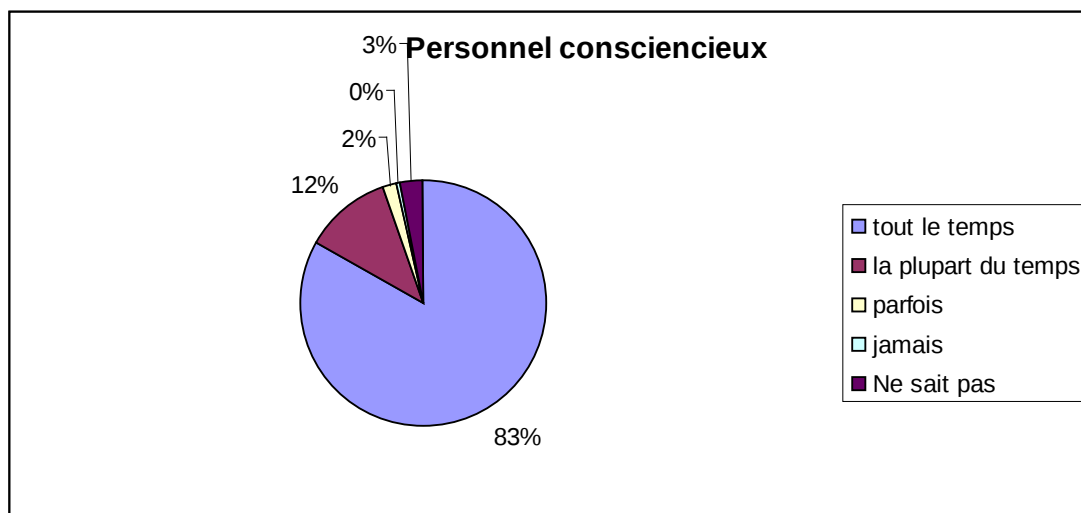
84% des personnes interrogées estiment que le personnel est tout le temps discret et 12 % qu'il l'est la plupart du temps, ce qui constitue au total un score de 96 %. Il reste 4 % des personnes qui ont un avis plus négatif sur ce sujet estimant que parfois ou jamais le personnel est discret.



Graphique 22: Distribution du sentiment de discrétion du personnel (N=344)

Il a aussi été demandé aux personnes enquêtées si elles trouvaient **le personnel consciencieux**. Ce qualificatif pouvait être interprété à sa convenance par la personne. Aucune définition n'était fournie.

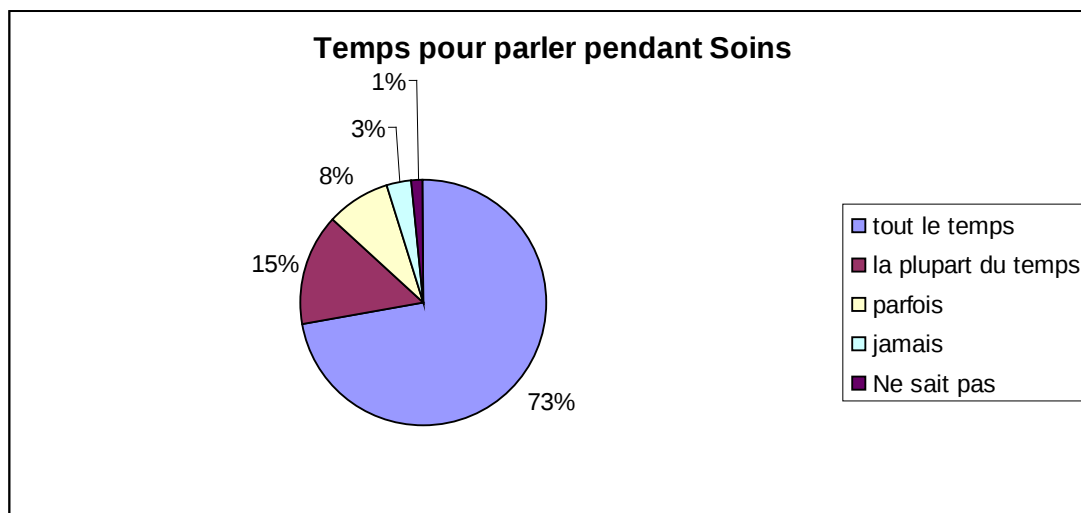
83 % des personnes interrogées jugeaient le personnel consciencieux en permanence, alors que 3% de la population n'ont pas porté de jugement sur ce point.



Graphique 23: Distribution des avis sur le caractère consciencieux du personnel (N=358)

Il a été demandé aux résidents enquêtés **si le personnel prenait le temps de leur parler pendant les soins** : 73 % estiment que le personnel parle toujours avec eux pendant les soins, 15 % la plupart du temps, 11 % parfois ou jamais. Seulement 1 % dit ne pas savoir répondre à cette question.

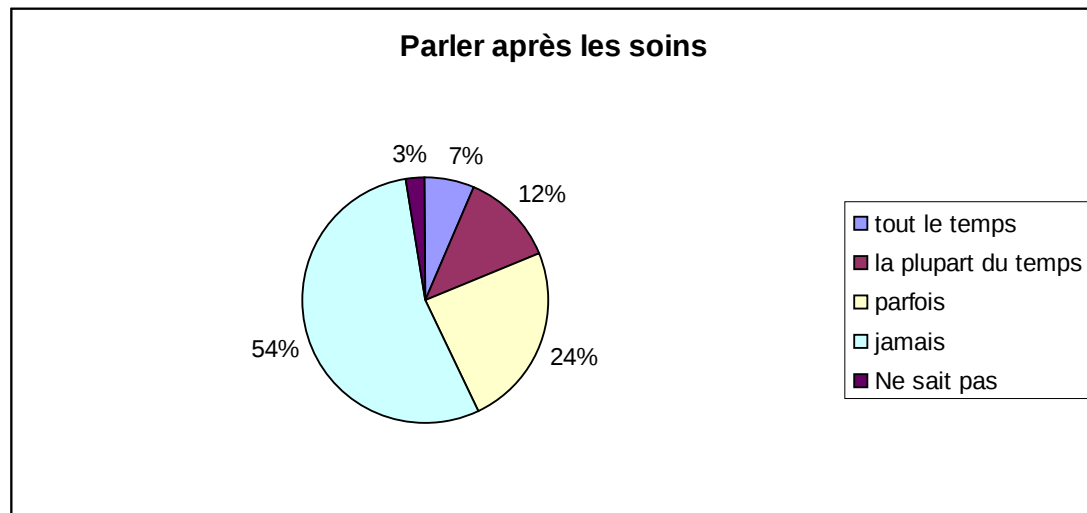
Les réponses des résidents peuvent varier en fonction de leur caractère introverti ou extraverti, de leur réseau socio-familial selon qu'il soit proche ou au contraire peu développé. Les attentes sont donc très individuelles, certains pouvant estimer qu'une simple phrase constitue le fait de parler avec eux, d'autres attendant plutôt une conversation plus personnalisée.



Graphique 24: Distribution des résidents estimant que le personnel parle avec eux pendant les soins (N=316)

Afin d'apprécier plus finement la fonction de communication du personnel avec les résidents, il a été demandé aux résidents **si le personnel parlait avec eux après les soins**.

Les résultats sont, dans cette situation, différents : 78% des résidents disent que jamais ou parfois, le personnel ne parle avec eux après les soins. Seulement 7% des résidents disent qu'ils parlent toujours après les soins.



Graphique 25: Distribution des résidents estimant que le personnel parle avec eux après les soins (N=316)

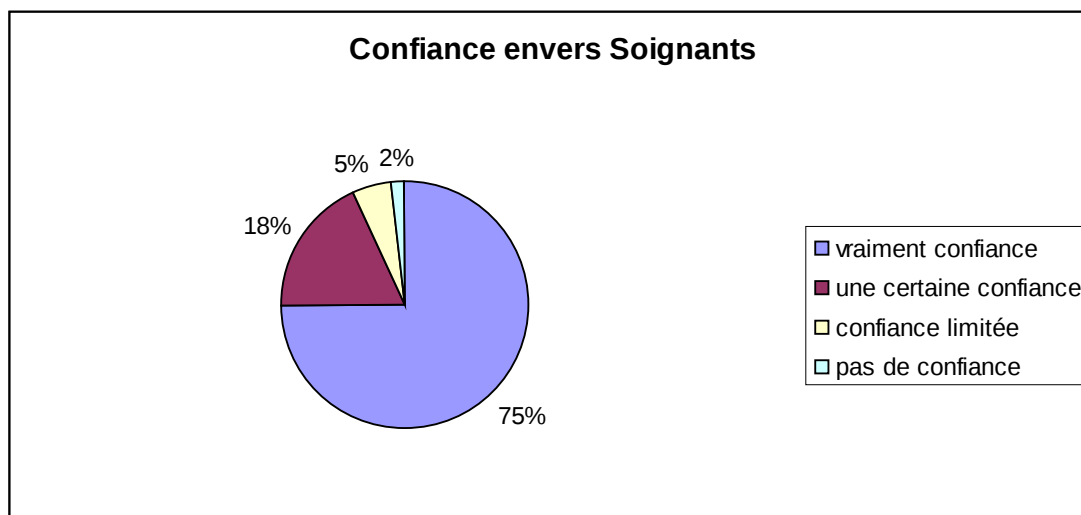
Lorsque l'on demande aux résidents quelles sont **les 3 qualités les plus importantes pour un soignant**, afin d'identifier ce qu'ils jugent fondamental dans le comportement professionnel, 253 résidents ont répondu, soit 70 % des personnes enquêtées.

Les trois qualités exprimées sont :

- La gentillesse, politesse, amabilité : 225 citations
- Être serviable et aidant : 42 citations
- La disponibilité et l'écoute : 34 citations

Ces réponses montrent les attentes en matière de relations humaines des personnes dépendantes.

Le **niveau de confiance des résidents envers les soignants** qui les prennent en charge a d'autre part été exploré, car si celui-ci est élevé il peut contribuer à la satisfaction du résident dans son lieu d'hébergement. 75 % des résidents ont vraiment confiance dans les soignants. 7% ont une confiance limitée ou pas de confiance du tout. Il y a donc potentiellement 25 % de la population enquêtée qui peut à certains moments de sa vie en milieu d'hébergement continu manquer de confiance dans l'équipe qui la prend en charge. Les raisons du manque de confiance n'ont pas été précisées lors de l'enquête mais mériteraient de l'être, afin d'étudier si des améliorations seraient possibles.



Graphique 26: Distribution du niveau de confiance des résidents envers les soignants (N=358)

Lorsque les personnes ont émis des insatisfactions, elles portaient sur les points suivants :

- certains personnels infantilisent les résidents,
- le personnel entre dans les espaces privés sans frapper,
- le personnel laisse les portes ouvertes pendant les soins,
- le personnel ne remet pas les affaires au même endroit,
- le personnel hausse le ton avec les résidents pour montrer qu'ils sont les chefs,
- remarques du personnel sur les difficultés des personnes à se déplacer.

Discussion

Afin d'influencer le moins possible les personnes enquêtées, les termes servant à positionner une réponse n'ont pas été définis et ont donc été interprétés par les résidents. Ceci peut avoir entraîné un certain biais, chacun ayant sa propre définition de la discrétion ou de la confiance.

Il faut relever que pour certaines questions, des résidents ont préféré ne pas répondre, malgré la garantie de l'anonymat, ayant peur que leurs témoignages puissent influencer leur devenir dans l'établissement. Ceci constitue en soi une limite à ce type d'enquête chez des personnes dépendantes, le plus souvent âgées, et n'ayant parfois plus aucun support externe pour les soutenir ou assurer la défense de leurs droits. Conscients de cette situation précaire, certains résidents ont décidé volontairement de ne pas s'exprimer sur des sujets délicats tels que la communication.

Pour ceux qui se sont exprimés, ils montrent en général un taux de satisfaction relativement élevé. Une très grande majorité des personnes estime être considérées comme des adultes. Le respect de l'intimité, des affaires personnelles, la gentillesse et le caractère accueillant du personnel, la discrétion, le caractère consciencieux des professionnels sont appréciés positivement chez plus de 80% des personnes enquêtées.

Par contre, des attentes se discernent en matière de communication avec le personnel en dehors des soins. Il n'a pas été possible dans cette enquête d'explorer les raisons objectives induisant que les soignants parlent peu entre les soins avec les résidents. Ce travail resterait à faire afin de comprendre si des raisons de surcharge de travail peuvent expliquer la situation ou si celle-ci est liée au positionnement professionnel

des soignants ou à leur conception de la prise en charge de personnes dépendantes en établissement à séjour continu.

En tout cas, les qualités d'un soignant plébiscitées par les résidents sont les aptitudes relationnelles en termes de gentillesse, politesse, amabilité et contact, signifiant ainsi la grande importance des aspects communication dans de telles institutions. Ceci constitue donc une caractéristique à prendre en considération dans le recrutement des personnels affectés auprès de personnes dépendantes dans des structures d'hébergement à séjour continu.

21. La gestion des plaintes des résidents

Préambule :

Le respect des droits des personnes dépendantes se traduit aussi par l'opportunité leur étant offerte de pouvoir déposer une plainte en cas de mécontentement, que ce soit oralement ou par écrit, auprès des personnes responsables de l'établissement.

Ceci contribue à la satisfaction des personnes dépendantes.

Résultats

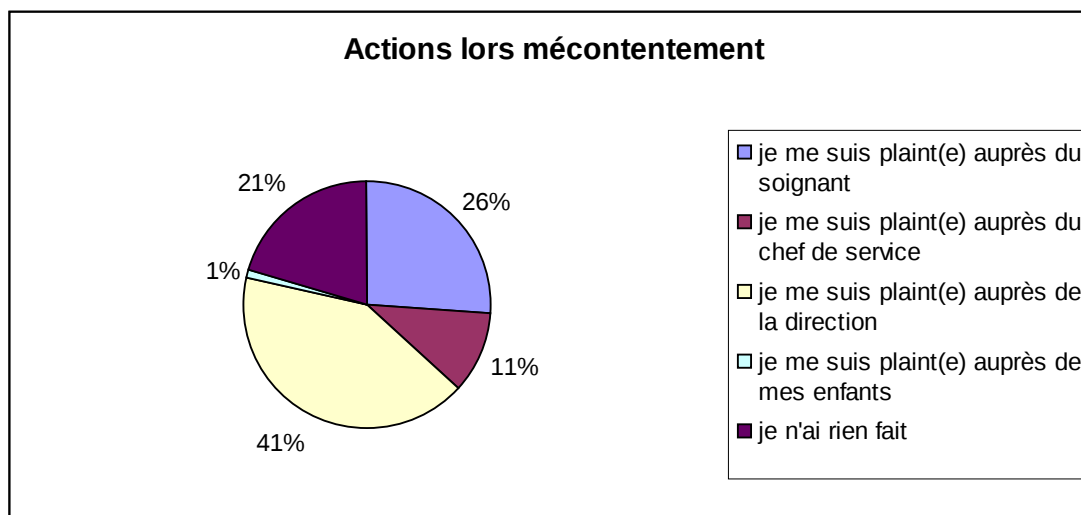
A la question de savoir s'ils avaient déjà eu des **raisons d'être mécontents**, 356 personnes ont répondu, dont 25 % de manière affirmative.

Mécontentements	Fréquence	Pourcentage
oui	92	25,8
non	264	74,2
Total	356	100

Tableau 31: Fréquence de raisons d'être mécontent (N=356)

Lorsqu'il est demandé **aux personnes ayant eu un mécontentement ce qu'elles ont fait comme action**, les réponses sont les suivantes :

- 79 % des personnes émettent une plainte auprès de divers interlocuteurs (le soignant, le responsable, la direction ou auprès des proches,
- 21 % n'émettent pas de plaintes.



Graphique 27: Distribution des modes de plaintes des résidents (N=92)

Lorsqu'il est demandé aux résidents ayant déposé une plainte **s'ils ont observé des changements suite à leur plainte**, 73 personnes répondent : 30 personnes estiment qu'il y a eu un changement, 41 que cela n'a entraîné aucun changement et 2 ne savent pas si cela a eu un effet.

Sur les 19 personnes n'ayant pas déposé de plainte, 17 ont expliqué leur choix : 10 car ils estimaient que cela ne servirait à rien, 3 par peur des répercussions, 1 parce qu'il ne savait pas à qui s'adresser, 1 parce que ses expériences antérieures en ce domaine n'avaient rien donné, et deux par peur que le soignant ait des problèmes.

Discussion

Les raisons des mécontentements des résidents n'ont pas été explorées dans cette enquête. De ce fait, il n'est pas possible d'émettre un jugement sur le bien fondé ou non du mécontentement, ni sur la nécessité ou non de transmettre ce mécontentement aux autorités supérieures.

Ces résultats montrent que les directions des établissements peuvent ne pas toujours avoir connaissance des mécontentements des résidents, si elles ne mettent pas en place un système aisé de gestion des plaintes, connu des usagers et de leurs proches, indépendant des filières hiérarchiques.

Majoritairement, les personnes dépendantes mécontentes se sentent encore le droit de faire part de leur mécontentement aux acteurs de l'institution, toutefois l'efficacité de leur action serait à mesurer car il est peu probable qu'un soignant impliqué dans une situation, confronté directement par le résident, en assure la transmission systématique chez son supérieur hiérarchique et plus particulièrement à la direction.

La place très faible des proches dans la gestion des plaintes des résidents peut être liée à l'isolement familial des personnes dépendantes résidant en établissement à séjour continu ou au fait que les résidents mécontents se sentent encore aptes à se plaindre et à se défendre seuls sans avoir recours aux enfants ou proches.

Il faut noter que la question telle que posée visait à connaître l'action du résident à l'intérieur de l'institution mais ne permettait pas de savoir si la plainte a aussi été transmise à une autorité externe telle que le Ministre de la Sécurité Sociale, le Ministre de la Famille, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance.

22. Réseau socio-familial des résidents

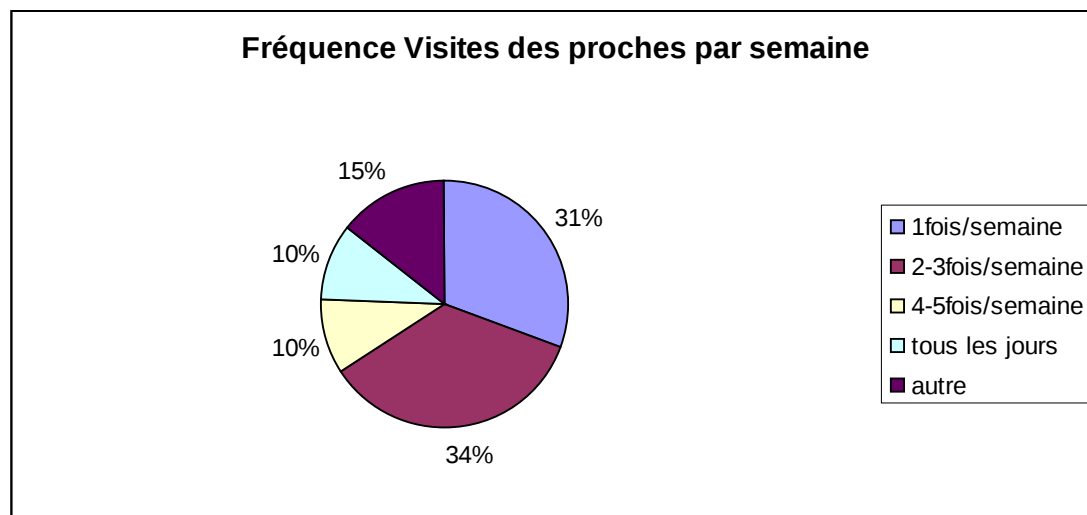
Préambule

Le réseau socio-familial des personnes dépendantes est un élément essentiel de leur motivation à vivre. L'isolement socio-familial engendre à long terme des risques de troubles de santé mentale tels que la dépression, des troubles de santé physique tels que la dénutrition et autres symptômes cliniques, des troubles de la santé sociale tels que les pertes de repère par rapport à l'environnement.

L'hébergement en établissement à séjour continu peut être lié à un isolement socio-familial antérieur ou en devenir la cause.

Résultats

331 personnes se sont exprimées sur leur **réseau socio-familial** et plus particulièrement sur **la fréquence des visites hebdomadaires reçues**. 31 % des personnes enquêtées ont une visite journalière. 85 % ont une visite au moins une fois par semaine. Seulement 15 % des personnes interrogées ont des fréquences de visite plus larges à savoir une fois par mois ou une fois par trimestre.

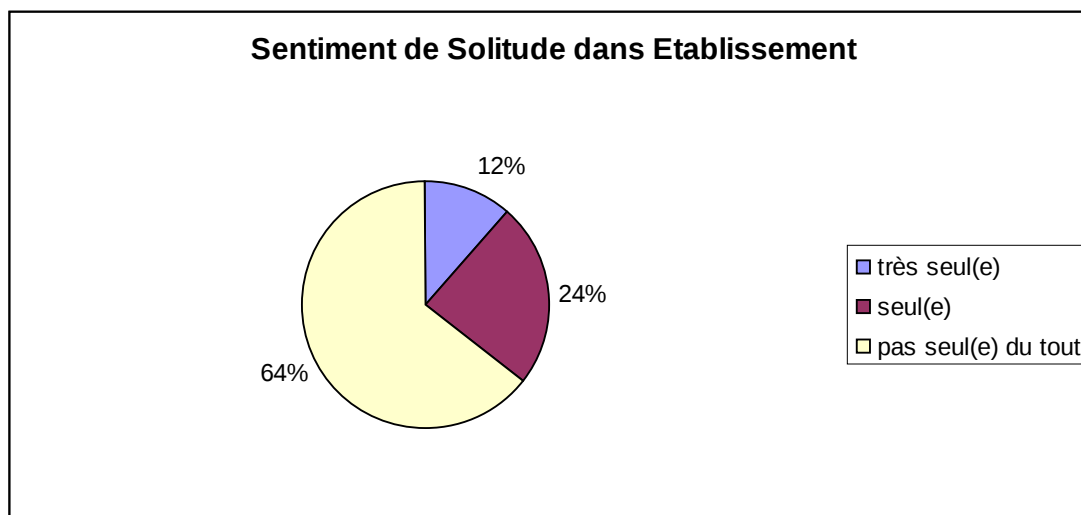


Graphique 28: Fréquence des visites par semaine de proches ou amis (N=331)

Lorsqu'il est demandé aux personnes si elles sont **satisfaites de leurs contacts sociaux externes à l'établissement**, une très grande majorité est satisfaite (97%).

Les réseaux socio-familiaux semblent être protégés par des **conditions de visite** favorables puisque sur 359 personnes ayant répondu, 352 disent qu'il est possible de leur rendre visite dans leur établissement à toute heure.

Toutefois, ces résultats doivent être nuancés par les réponses données à la question du **sentiment de solitude des personnes au sein de l'établissement** : 36 % se sentent seules ou très seules.



Graphique 29: Distribution du sentiment de solitude des résidents (N=353)

Discussion

Les fréquences des visites des amis et des proches exprimées par les résidents n'ont pas, lors de cette enquête, été discutées avec les responsables des institutions afin de valider leur véracité. En effet, dans ces déclarations, des biais peuvent intervenir, comme par exemple une déclaration de visites familiales afin de ne pas exprimer auprès d'un enquêteur un abandon familial. Il y a donc lieu d'être prudent sur l'utilisation de ces résultats. Une étude complémentaire comparative entre les auto-déclarations, comparées à l'avis des personnels des institutions sur les fréquences des visites, permettrait de connaître le degré de confiance à avoir dans ces résultats.

Si l'on considère les déclarations des résidents comme valides à priori, le réseau socio-familial des résidents est très présent puisque 85 % des personnes résidentes ont au moins une visite par semaine de leur famille ou d'amis.

Toutefois, il ne faut pas traduire de ces résultats que la fréquence des visites des personnes résidant en général en établissement à séjour continu soit de cet ordre. En effet, chez les résidents ayant des troubles cognitifs, il est fort probable que la fréquence des visites soit plus faible. Ceci serait aussi à étudier.

Le réseau socio-familial relativement dense ne peut pas combler chez tous les résidents le sentiment de solitude au sein de l'institution, et ce malgré la présence d'autres résidents et de la vie communautaire.

23. Planification des soins et Information des résidents sur leurs soins

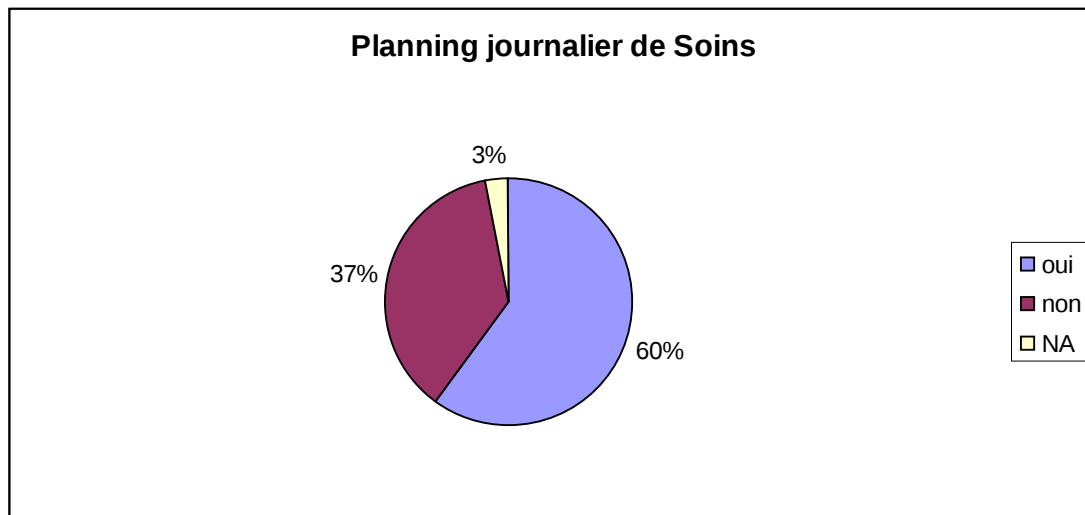
Préambule

L'organisation des soins rythme la journée des personnes en institution. Elle apporte à la fois des repères temporels mais peut générer aussi parfois des perturbations dans les rythmes de vie des personnes, c'est pourquoi il est important de l'explorer en recevant les témoignages des personnes concernées.

D'autre part, l'information de la personne sur l'organisation de ses soins est un des fondements d'une prise en charge plaçant la personne dépendante comme acteur de son processus de soins. Il lui laisse, malgré l'institutionnalisation, une place majeure dans le processus de décision. C'est pourquoi cet aspect de la prise en charge a été enquêté.

Résultats

Lorsqu'ils ont des soins journaliers, les résidents n'ont pas de manière systématique de **planning journalier de leurs soins**. Seuls 60 % des résidents en possède un.

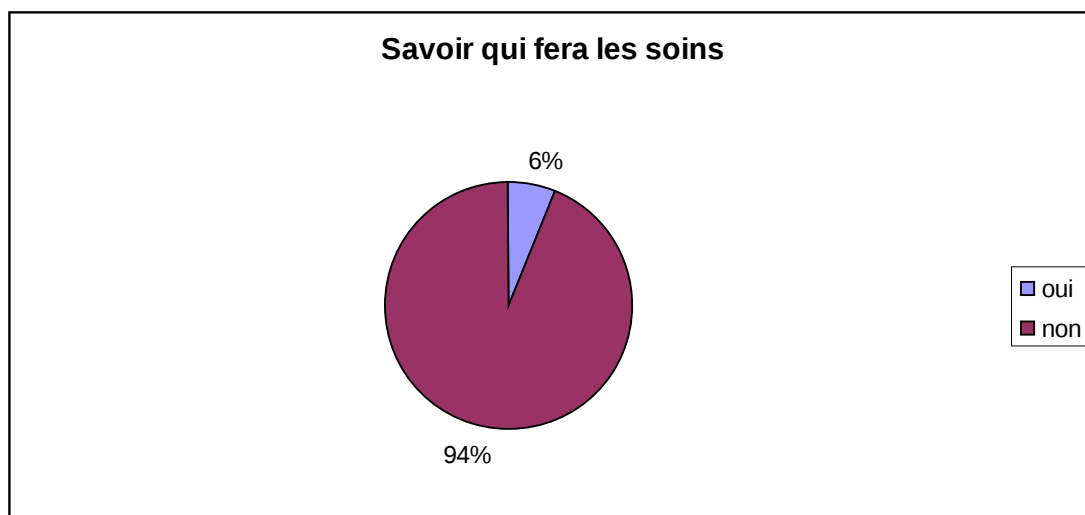


Graphique 30: Résident en possession de son planning journalier de soins (N=351)

Sur les 211 personnes ayant un planning journalier de soins, 95% en sont satisfaits ou très satisfaits.

Les **fourchettes horaires des soins** convenues **sont respectées** dans 80 % des cas. Par contre lorsque le soignant n'est pas en mesure de respecter les horaires prévus, dans seulement 22 % des fois, le résident est **prévenu préalablement**.

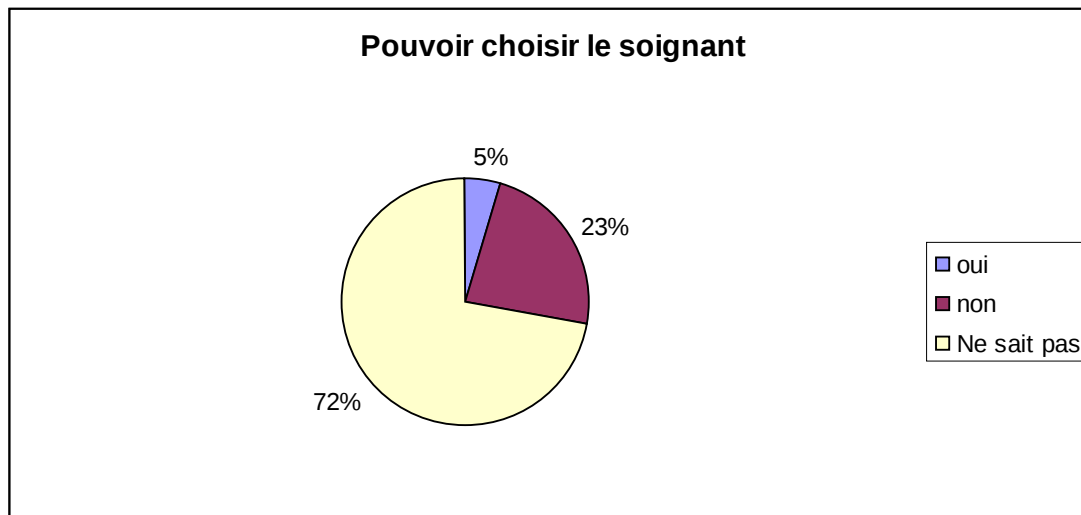
Les résidents ne savent pas à l'avance, en grande majorité (94%), **quel soignant viendra pour ses soins**.



Graphique 31 : Connaissance préalable du résident du nom du soignant qui fera les soins (N=333)

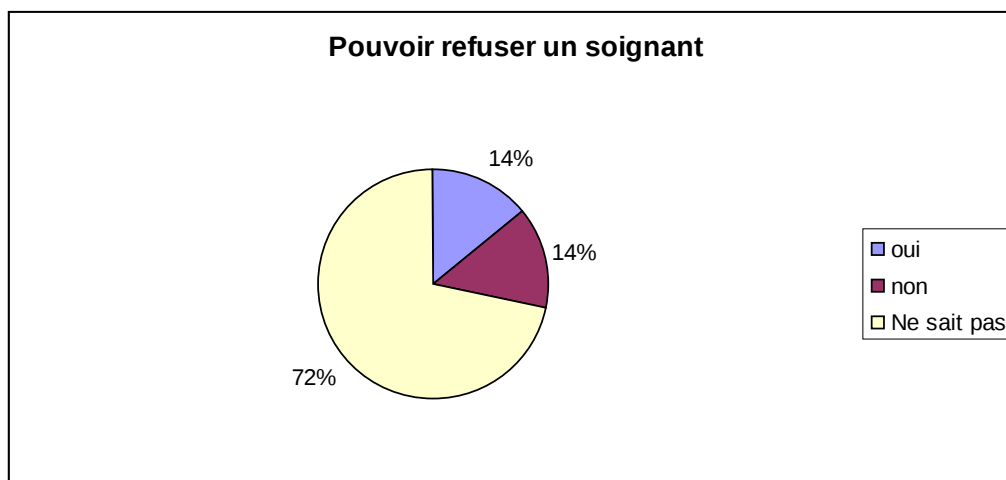
Lorsque le soignant doit être remplacé seulement dans 2 % des cas, le résident est prévenu de cette situation préalablement.

La majorité des résidents (72%) ne savent pas s'il leur est possible d'être soigné par le soignant de leur choix. 5 % des personnes interrogées pensent que cela est possible.



Graphique 32: Avis des résidents sur la possibilité d'être soigné par le soignant de leur choix (N=352)

La majorité des résidents (72%) ne savent pas s'ils peuvent refuser qu'un soignant leur fasse des soins.



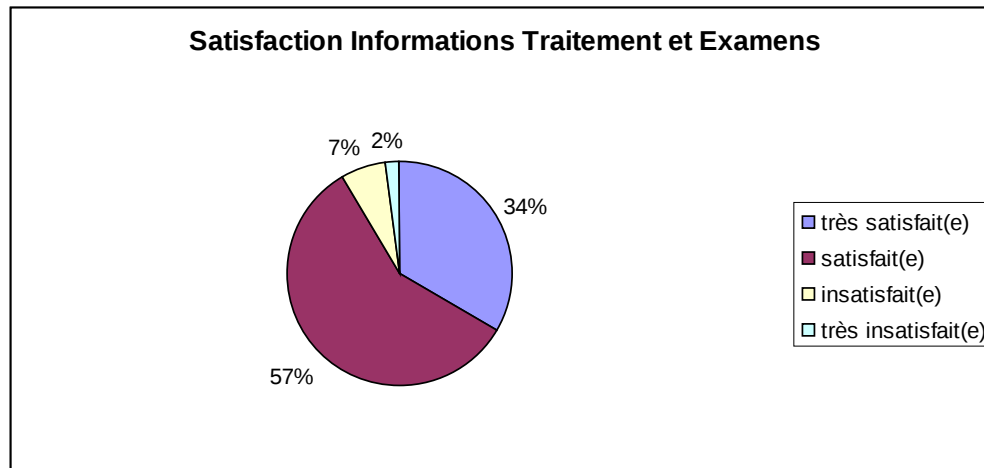
Graphique 33: Avis des résidents sur le droit de pouvoir refuser un soignant pour ses soins (N=352)

A la question sur la **transmission des informations sur le résident entre les soignants**, environ 51 % des personnes enquêtées pensent que la transmission se fait tout le temps ou la plupart du temps. Par contre 47 % des personnes interrogées ne savent pas positionner un avis sur ce sujet. 2 % pensent que la transmission ne se fait que parfois ou rarement.

Concernant **l'accessibilité par le résident dans sa chambre à un document traçant les soins dont il bénéficie**, seulement 28 % des personnes interrogées répondent positivement. Cette information n'a pas pu être vérifiée par les enquêteurs.

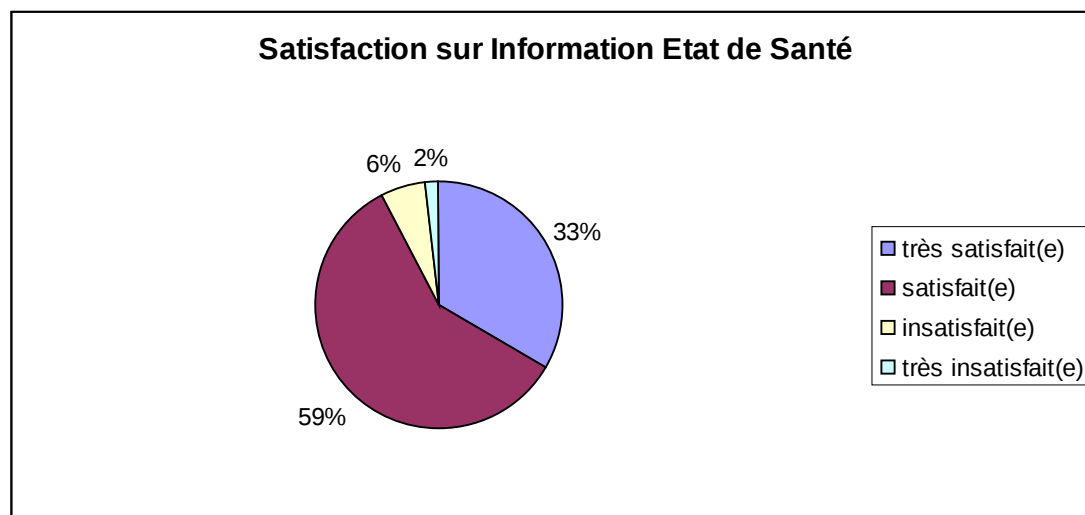
Sur les 101 personnes ayant répondu oui, seules 4 disent **comprendre ce qui est inscrit sur ce document**.

En ce qui concerne, la satisfaction **sur l'information et les explications reçues relatives aux examens et traitements**, les résidents sont globalement satisfaits ou très satisfaits :



Graphique 34: Satisfaction des résidents sur les explications et informations reçues pour leur traitement et examens (N=329)

Le degré de satisfaction est quasi identique pour les **informations reçues concernant l'état de santé** :



Graphique 35: Satisfaction des résidents sur les informations reçues sur leur état de santé (N=337)

Discussion

La remise au résident de son planning des soins journaliers n'est pas une pratique appliquée dans toutes les institutions.

L'information du résident sur le soignant qui le prendra en charge dans les jours à venir ne fait pas partie des pratiques professionnelles. De plus, les personnes dépendantes ne sont pas informées si un changement de personnel a lieu. Le résident doit donc s'adapter au système d'organisation dans lequel il est hébergé.

Les personnes résidentes ne connaissent pas leurs droits, comme par exemple celui de pouvoir refuser qu'un soignant leur fasse des soins. Il y a lieu de s'interroger sur l'information disponible au Luxembourg dans les établissements à séjour continu sur les droits des résidents. La puissance institutionnelle est suffisamment forte pour faire douter l'adulte dépendant sur un de ses droits fondamentaux (pouvoir réfuter un soignant), qui peut constituer de plus un moyen de lutter contre la maltraitance.

La satisfaction des résidents est élevée concernant les informations et explications sur leur état de santé, leur traitement et leurs examens. Cette information relevant prioritairement du médecin répond aux attentes des résidents. L'enquête n'a pas permis d'explorer si cette satisfaction était influencée par le fait que les médecins exerçant en institution ont développé une compétence relationnelle adaptée au profil des personnes dépendantes, ou par le fait qu'ils disposent d'un temps suffisamment long pour expliquer précisément à la personne dépendante son problème de santé, ou par le fait que les personnes dépendantes sont prises en charge par le même médecin depuis plusieurs années.

24. Prise en charge médicale des résidents

Préambule

Malgré l'institutionnalisation, la personne résidente peut présenter en sus de sa dépendance, des problèmes de santé avec plusieurs co-morbidités, d'autant plus si la personne est âgée.

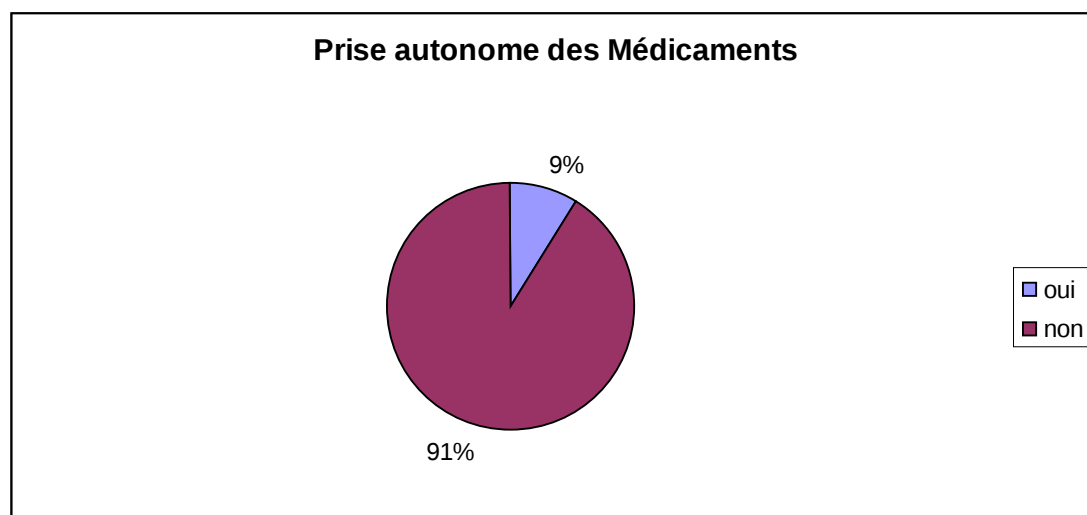
La gestion maîtrisée des thérapies et de la douleur sont deux marqueurs d'une prise en charge thérapeutique de qualité en institution. C'est pourquoi ces deux aspects ont été enquêtés.

Résultats

97 % des personnes enquêtées prenaient des médicaments.

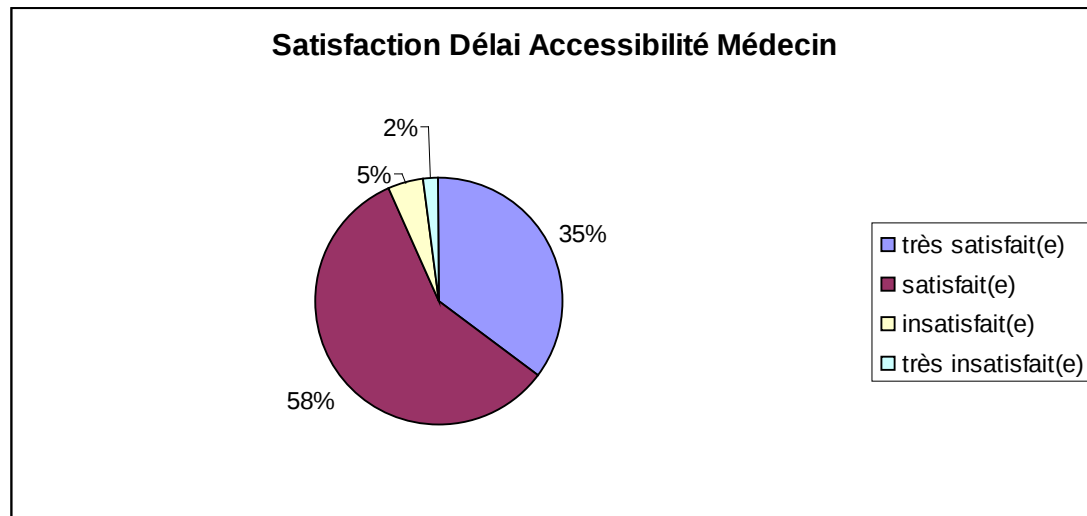
Mais seulement 9 % des personnes les prennent de manière autonome.

98 % des personnes prenant des médicaments estiment les recevoir à temps.



Graphique 36: Prise autonome des médicaments par les résidents (N=349)

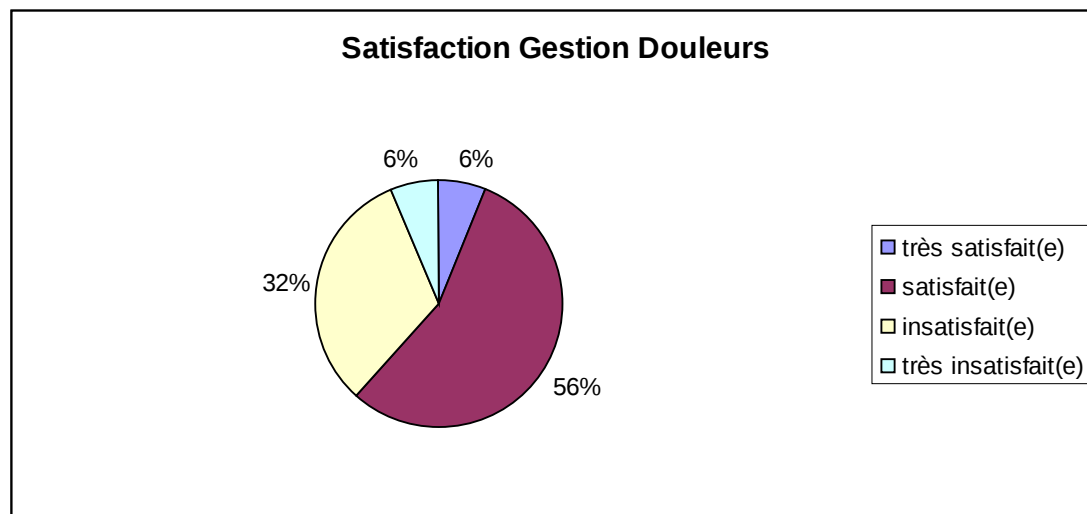
Concernant la **satisfaction quant au délai pour accéder au médecin**, 93 % des résidents sont satisfaits ou très satisfaits.



Graphique 37: Satisfaction des résidents sur le délai pour accéder au médecin (N=326)

Lorsque les résidents sont interrogés sur la **présence de douleurs**, 47 % d'entre eux disent présenter des douleurs.

Leur degré de satisfaction sur la gestion de leurs douleurs est le suivant : 38 % sont insatisfaits ou très insatisfaits de la prise en charge de leurs douleurs.



Graphique 38: Satisfaction sur la prise en charge de la douleur (N= 155)

Discussion

Le fort taux de personnes résidentes (91%) ne prenant pas leurs médicaments de manière autonome doit être interrogé à la lecture des pratiques professionnelles et comparer avec des structures de même type dans des pays veillant à la conservation de l'autonomie des individus institutionnalisés tels que le Canada. En effet, il faut s'interroger si ce taux est le reflet d'une dépendance réelle des individus ou d'un principe de précaution visant à se protéger juridiquement contre toute erreur d'administration de médicaments par le résident ou s'il est le reflet d'une organisation

des soins et d'une gestion des ressources car cela prend moins de temps de faire préparer les médicaments par les soignants que d'accompagner le résident à conserver son autonomie dans la gestion de sa thérapie.

Sans nier, que le lien entre âge et douleur ou dépendance et douleur soit accru, la gestion de la douleur constitue un point d'amélioration possible en institution d'hébergement à séjour continu.

La mise en place d'un programme d'évaluation de la douleur et de recommandations en matière de thérapies anti-douleurs médicamenteuses ou non, pourrait constituer un incitant qualité dont les résidents pourraient tirer bénéfice.

25. Satisfaction sur les aides et soins reçus

Préambule

Pour être en institution et être reconnu dépendant par la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance, les personnes présentent des déficits nécessitant très souvent des aides et soins journaliers.

L'avis porté par les résidents sur les aides et soins reçues permettent d'explorer certains éléments pouvant contribuer à l'insatisfaction de cette population.

C'est pourquoi les différentes aides considérées par l'Assurance Dépendance ont été explorées.

Il faut noter toutefois que le nombre de personnes concernées par ces aides dans l'échantillon est très inférieur à la population enquêtée (ex seules 33 personnes avaient besoin d'une aide pour l'alimentation), témoignant ainsi que les personnes ayant été en mesure de participer à l'enquête sont les personnes les moins dépendantes. Les bénéficiaires n'ont porté un avis que sur les soins qu'ils recevaient.

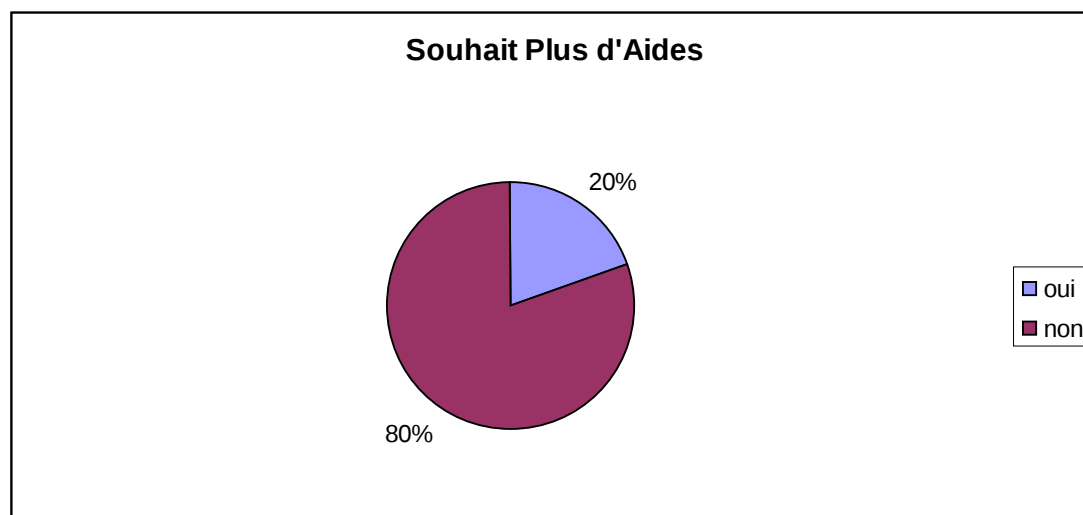
Résultats

Les aides ont été évaluées comme suit :

Type Aide	N	Très Satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
Se Laver	286	62 %	32 %	5%	1%
Aller Toilettes	122	61 %	30 %	6%	3%
Manger-Boire	33	52%	36%	12%	0%
Lever Coucher	158	59 %	38%	2%	1%
Se déplacer	111	60 %	32%	6%	2%
Soins santé	227	60%	34%	3%	3%
Transports	161	62%	34%	3%	1%
Sorties	185	70 %	29%	1%	0%

Tableau 32: Satisfaction des résidents selon le type d'aides

Toutefois certains résidents (20 %) auraient souhaité **plus d'aides** : Les aides supplémentaires attendues touchent se laver (26 personnes), aller aux toilettes (17 personnes), manger et boire (4 personnes), se lever et se coucher (7 personnes), se déplacer (21 personnes), soins et services de santé (24 personnes), transports (4 personnes), sorties (9 personnes).



Graphique 39: Pourcentage de résidents souhaitant plus d'aide (N=354)

La rapidité pour répondre aux appels de sonnette a aussi été évaluée par les résidents : 69 % des personnes estiment que le personnel est en général rapide pour répondre aux sonnettes.

Les insatisfactions portent sur le délai de réponse, pouvant aller jusqu'à une heure d'attente, sans qu'aucune explication soit fournie par le personnel. Les résidents expliquent que ces attentes engendrent des incontinences urinaires.

Concernant **les aides techniques**, 97 % des personnes enquêtées disposent d'au moins une aide technique.

L'utilisation des aides techniques est la suivante selon le type d'aide technique :

Type Aide	N	Utilisation OUI	Utilisation NON	Utilisation Parfois
Fauteuil roulant	205	172	7	25
Fauteuil roulant électrique	23	21	2	
Canne- Cadre marche	241	202	18	21
Aides visuelles	38	28	1	9
Aides auditives	39	29	5	5
Appareil oxygène	2			
Chaise percée	7			
Lève malade	2			
Mobylette électrique	2			

N= nombre de personnes ayant reçu le type d'aide technique

Tableau 33: Utilisation des aides techniques selon le type d'aide

Sur 303 personnes ayant reçu une aide technique, 166 personnes disent **avoir reçu une explication pour pouvoir l'utiliser**, soit 55 %. Chez ces personnes ayant reçu des explications pour l'utilisation, 98 % estiment qu'elles étaient suffisantes.

Discussion

En général le taux de personnes satisfaites et très satisfaites des aides qu'elles reçoivent pour leurs soins est élevé, touchant plus de 90 % des personnes concernées. Toutefois, certaines personnes expriment le besoin d'avoir des aides complémentaires notamment pour se laver et se déplacer.

L'Assurance Dépendance attribue un nombre important d'aides techniques qui semblent ne pas toujours être utilisées par les résidents. L'enquête n'a pas permis de déterminer les raisons de la non utilisation. Toutefois, il serait intéressant d'approfondir cette question notamment pour des appareils coûteux, afin d'étudier si cela est lié à l'absence de besoin réel de la personne ou à l'inadaptation de l'aide technique aux besoins de la personne en raison de l'évolution de sa dépendance ou en raison de fonctionnalités complexes de l'aide technique rendant difficile son utilisation par la personne.

La question peut être posée pour une gestion appropriée des ressources financières de l'Assurance Dépendance, quant à l'attribution d'aides techniques de manière individuelle lorsque la personne est institutionnalisée ou de manière collective au niveau de l'établissement.

26. Sentiment d'autonomie des résidents

Préambule

Conserver un sentiment d'autonomie lorsqu'une personne devient dépendante reste un enjeu complexe, car cela dépend de la personnalité de l'individu, de son besoin d'être autonome, et de son histoire de vie.

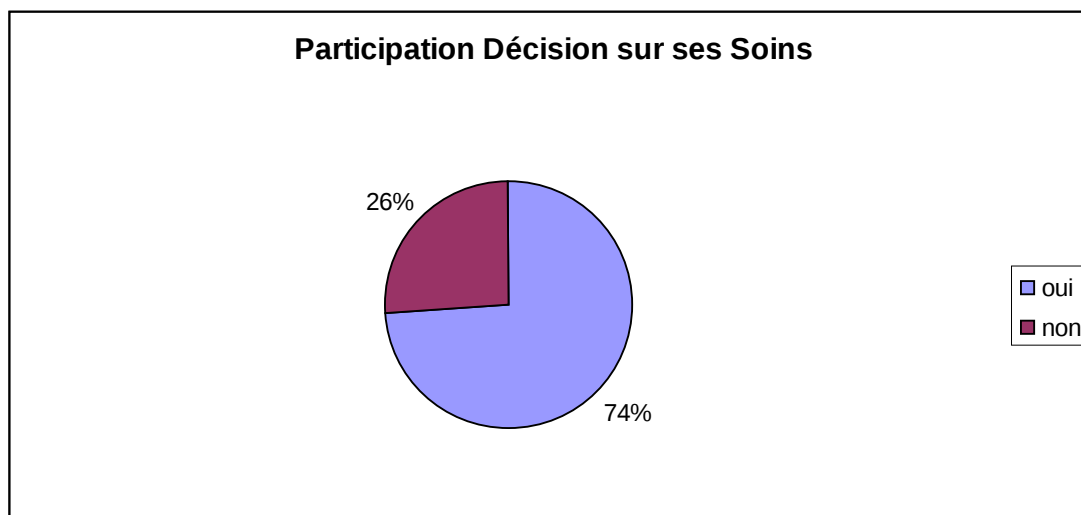
Toutefois, plusieurs travaux de recherche montrent que prévenir la perte d'autonomie en permettant à la personne de rester impliquée le plus longtemps possible dans les décisions qui la concernent, stimule l'implication de l'individu et aide à ralentir l'évolution de la dépendance.

Cette approche est valide tant à domicile qu'en institution. Cependant, le risque de perte de l'autonomie et du droit à la décision est augmenté en milieu institutionnel, les droits fondamentaux des individus n'étant pas systématiquement protégés.

C'est pourquoi cette variable a été explorée.

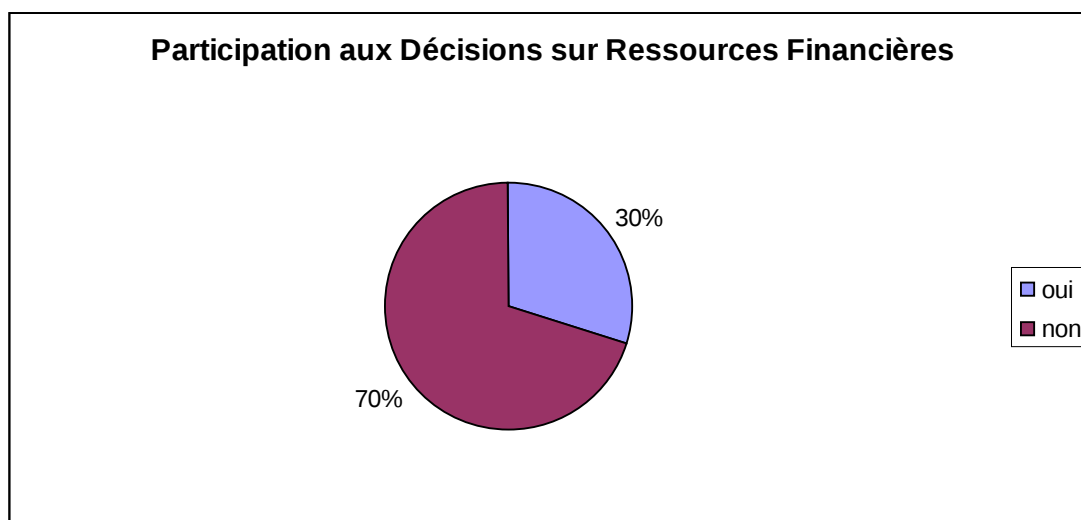
Résultats

En ce qui concerne **le sentiment de pouvoir décider sur ses soins**, les résidents s'expriment comme suit : 26% des personnes considèrent ne pas pouvoir décider comme ils le souhaiteraient.



Graphique 40: Sentiment de pouvoir participer aux décisions sur ses soins (N= 355)

Pour **la participation aux décisions concernant les ressources financières** de la personne, 70 % des résidents estiment ne pas pouvoir décider comme elles le souhaiteraient.



Graphique 41: Sentiment de pouvoir participer aux décisions sur ses ressources financières (N=327)

Quant à **la capacité de décider des activités que le résident va faire au sein de l'établissement**, l'expression des résidents est la suivante : 98 % estiment pouvoir décider.



Graphique 42: Capacité à décider de ses activités au sein de l'établissement (N=351)

Des questions complémentaires permettaient d'explorer **l'autonomie au quotidien**, comme par exemple :

- le fait de **pouvoir se lever ou se coucher à l'heure désirée** par le résident : 22 % des résidents estiment ne pas avoir ce droit,
- le fait de **pouvoir se déplacer comme souhaité au sein de l'établissement** : 8 % des résidents estiment ne pas avoir ce droit.

Comme déjà vu au chapitre sur la gestion de la thérapie, 9 % des personnes prenant des médicaments les gèrent de manière autonome.

Discussion

Bien que ne relevant pas d'une tutelle, une proportion importante de personnes enquêtées estime perdre leur autonomie et droit à la décision dans des domaines fondamentaux comme les décisions sur leurs ressources financières ou leurs soins.

L'organisation institutionnelle intervient sur l'autonomie des résidents par le système de distribution des médicaments et par les horaires imposés de lever et coucher.

Il reste un territoire d'autonomie aux personnes qui se limite aux décisions concernant leurs activités et leur mobilité au sein de l'institution.

Il y aurait intérêt à engager une réflexion éthique avec les institutions, les défenseurs des droits des citoyens, le comité national d'éthique, les professionnels afin de dégager de grands principes dans les approches professionnelles et organisationnelles pour conserver au mieux le pouvoir de décision des résidents non placés sous tutelle, pour préserver au mieux leurs droits individuels, malgré le fait d'être institutionnalisés. Les technologies de l'information devraient d'ailleurs soutenir de telles approches.

27. Estimation de la qualité de vie par les résidents

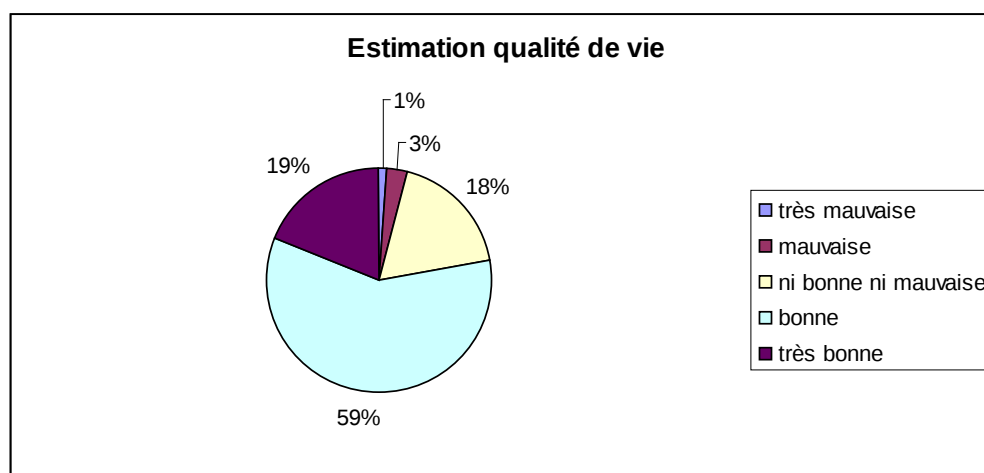
Préambule

L'estimation de sa qualité de vie, de son état de santé, de sa capacité à réaliser des activités de la vie de tous les jours et de son degré de satisfaction quant à soi-même ou à ses relations avec autrui, permet d'apprécier la manière dont la personne juge sa vie et son bien être.

La mesure a été faite à partir de certaines questions du questionnaire WHOQOL-Bref de l'Organisation Mondiale de la Santé (version 2004).

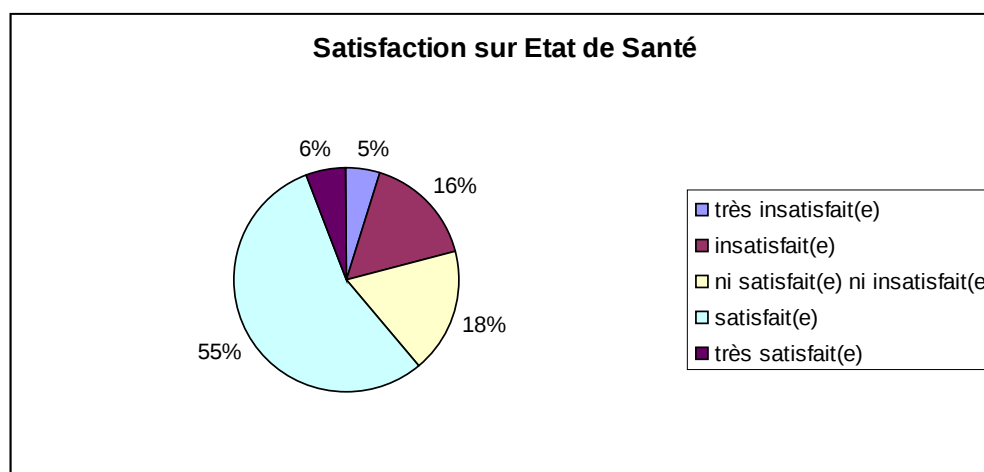
Résultats

Les personnes enquêtées estiment **leur qualité de vie** comme suit : 78 % la trouve bonne à très bonne.



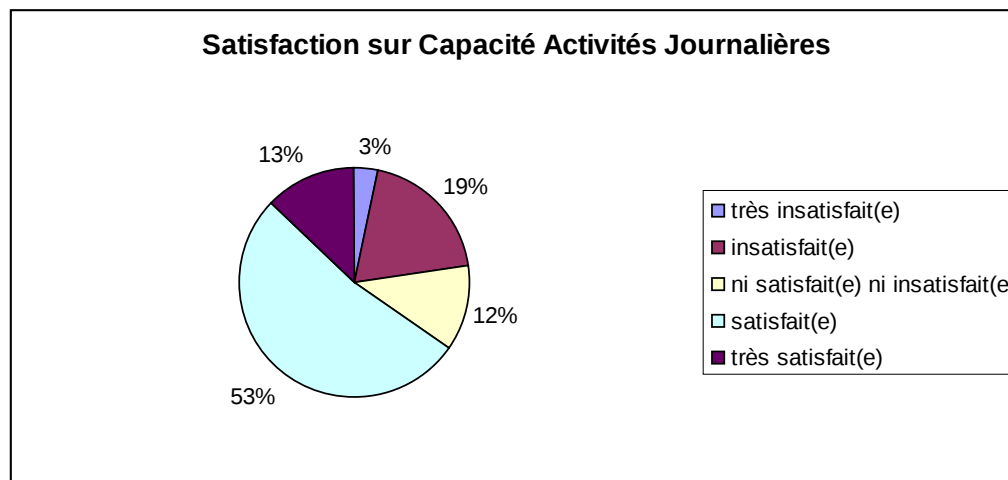
Graphique 43: Estimation de la qualité de vie des résidents (N=353)

Concernant **leur satisfaction relative à leur état de santé**, les résultats sont les suivants : 61 % sont satisfaits ou très satisfaits



Graphique 44: Satisfaction relative à leur état de santé (N=356)

Lorsqu'elles sont interrogées sur **leur satisfaction relative à leur capacité à mener leurs activités de la vie journalière**, les réponses sont les suivantes : 66 % sont satisfaites ou très satisfaites.



Graphique 45: Satisfaction des résidents relative à leur capacité à mener leurs activités de la vie journalière (N=355)

En ce qui concerne **leur satisfaction par rapport à elles-mêmes**, les personnes enquêtées répondent à 77 % qu'elles sont satisfaites ou très satisfaites.

Leur degré de satisfaction est aussi élevé en ce qui concerne **leurs relations personnelles**, puisque 92 % des résidents interrogés en sont satisfaits ou très satisfaits.

Le même score est atteint pour **leur satisfaction quant à leur lieu de vie** : 92 % de résidents sont satisfaits ou très satisfaits.

Elles disent à 87 % posséder pleinement ou la plupart du temps d'assez **d'énergie pour la vie de tous les jours**.

Discussion

De manière générale, les personnes interrogées ont une estimation de leur qualité de vie élevée. Leur degré de satisfaction dans les différents items est élevé.

Leur degré de dépendance moins élevé que celui du reste de la population hébergée pourrait avoir un lien avec cette appréciation de la qualité de vie, toutefois ce lien n'a pas été exploré. En effet, ces personnes ont la possibilité de comparer tous les jours leur état physique, psychique, relationnel avec leurs congénères présentant des affections plus lourdes. Leurs attentes quant à leur qualité de vie peuvent en être influencées.

28. Etat dépressif et anxieux des résidents

Préambule

L'institutionnalisation peut avoir des effets sur la santé mentale des individus en terme de troubles dépressifs, en raison de la perte d'espoir quant à un retour dans le milieu de vie antérieur, du changement du milieu de vie, de la perte des repères sécurisants, de l'éloignement socio-familial, de la difficulté d'acceptation d'un état de dépendance. Ces troubles dépressifs peuvent parfois conduire rapidement à des

troubles majeurs engendrant une évolution rapide vers la mort. Ces phénomènes sont connus plus particulièrement chez les personnes âgées.

D'autre part, la dépendance et ses conséquences à savoir l'institutionnalisation peuvent être induites par un état dépressif.

Les études de satisfaction publiées dans la littérature montrent une association significative entre les états dépressifs et un degré d'insatisfaction plus élevé.

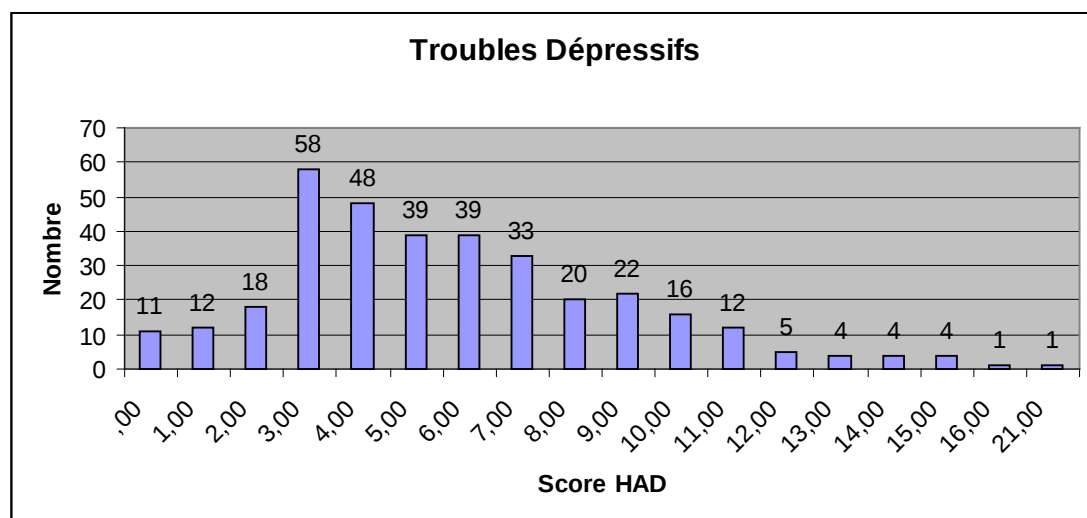
Résultats

La grille HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) anxiété et dépression a été utilisée pour évaluer l'état dépressif des personnes rencontrées. Cette grille est standardisée et validée dans les langues utilisées pour la présente enquête.

Elle permet à travers 18 questions d'établir un score dépression et un score anxiété en fonction des réponses fournies par la personne enquêtée. Si le score est inférieur à 8, la personne ne présente pas de troubles dépressifs ou de troubles anxieux : Entre 8 et 10, il existe des doutes sur la présence de troubles dépressifs ou de troubles anxieux. Si le score est supérieur à 10, la personne présente des troubles dépressifs certains ou des troubles anxieux certains.

En ce qui concerne **les troubles dépressifs**, le score moyen obtenu aux tests est de 5,73. La population rencontrée ne présente pas, en moyenne, de troubles dépressifs. Le score médian dépression se situe à 5. Le mode est à 3.

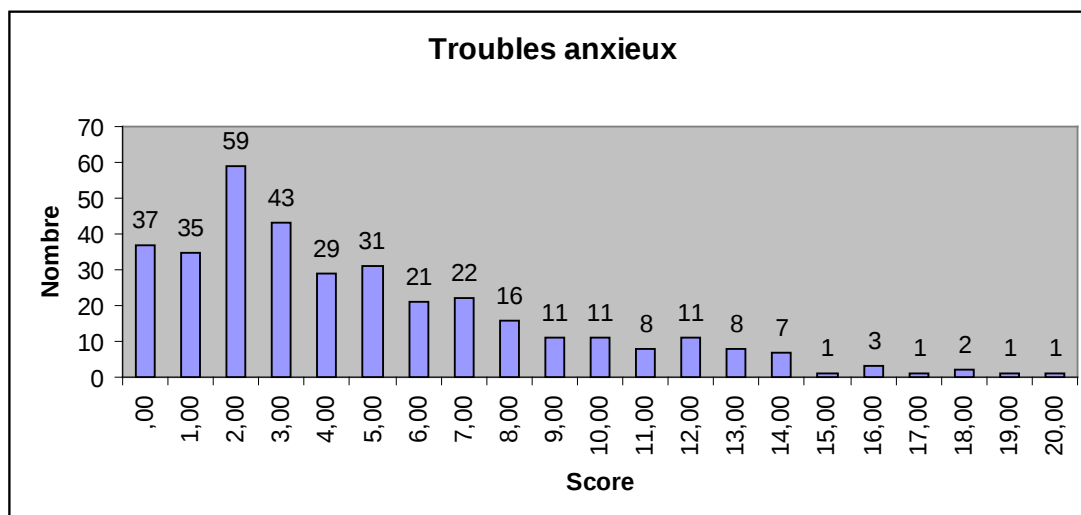
Toutefois, certaines des personnes rencontrées présentent des troubles dépressifs certains, tel que le montre le graphique ci-après :



Graphique 46: Nombre de résidents selon le score HADS dépression (N=347)

En ce qui concerne **les troubles anxieux**, le score moyen obtenu aux tests est de 4,87. La population rencontrée ne présente pas en moyenne de troubles anxieux. Le score médian anxiété se situe à 4. Le mode est à 2.

Toutefois, certaines des personnes rencontrées présentent des troubles anxieux, tel que le montre le graphique ci-après :



Graphique 47: Nombre de résidents selon le score HADS anxiété (N=358)

Discussion

Bien que le résident moyen enquêté ne présente ni signes dépressifs, ni signes d'anxiété, il faut noter qu'un certain nombre de résidents présentent des troubles de ce type.

Ces résultats peuvent donc influencer certaines réponses liées à l'insatisfaction :

L'enquête n'a pas permis d'étudier si ces personnes sont détectées et prises en charge pour ce type de troubles au sein de l'institution.

29. Attentes relatives aux aptitudes linguistiques des soignants

Préambule

La communication est un élément essentiel de la vie d'un individu qu'il soit dépendant ou non. Pouvoir converser dans sa langue maternelle est d'autant plus important lorsque la personne est fragilisée par une maladie ou une dépendance.

C'est pourquoi la satisfaction relative aux aptitudes linguistiques des soignants a été explorée.

Résultats

Dans une très grande majorité des cas (82%), les résidents trouvent en institution un professionnel pouvant converser avec lui dans une langue qu'il maîtrise. Mais 18 % des résidents ont rencontré cette situation dans leur parcours institutionnel.

Sur les 65 personnes ayant répondu Oui, 53% disent que cela les a gêné.



Graphique 48: Résidents ayant été confrontés à un soignant ne parlant pas une langue maîtrisée par le résident (N=360)

En raison de la composition de la population hébergée en institution au moment de l'enquête, les personnes disent ne **rencontrer aucune difficulté de compréhension et de communication** :

- 97 % des résidents si le soignant s'exprime en luxembourgeois,
- 75 % des résidents si le soignant s'exprime en français,
- 94 % des résidents si le soignant s'exprime en allemand,
- 1 % des résidents si le soignant s'exprime en portugais.

Discussion

Il existe des situations où le résident est confronté à une difficulté de communication en raison de l'aptitude linguistique du soignant. Les langues luxembourgeoise et allemande sont majoritairement comprises des personnes résidant dans les institutions. La langue française est couramment comprise mais peut constituer un frein à la communication pour 25 % des résidents.

En raison de l'évolution de la courbe démographique, en lien avec l'immigration passée de notre pays, il y a lieu de penser dès à présent à préparer l'avenir, à savoir être en mesure d'accueillir des personnes des premières générations d'immigration (italienne, portugaise) au sein des institutions qui ne parleront pas obligatoirement le luxembourgeois, l'allemand ou le français.

30. Avis général des résidents sur leur institution

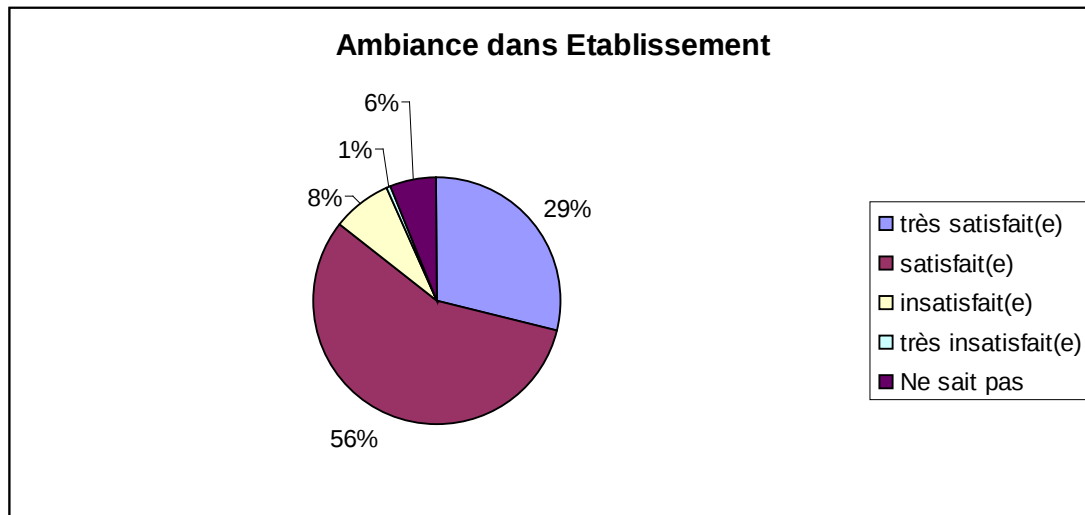
Préambule

Bien que l'enquête permette de cerner en détail l'avis des résidents sur l'ensemble des éléments de vie journaliers permettant ainsi de collecter des informations pouvant aider à améliorer les cadres de vie institutionnels, il est aussi intéressant de connaître l'avis global des résidents sur l'établissement et notamment s'ils recommanderaient cette institution à d'autres. Cette question est utilisée couramment dans les enquêtes de satisfaction par le secteur commercial et depuis peu par le secteur de la santé afin de se situer par rapport aux concurrents.

Résultats

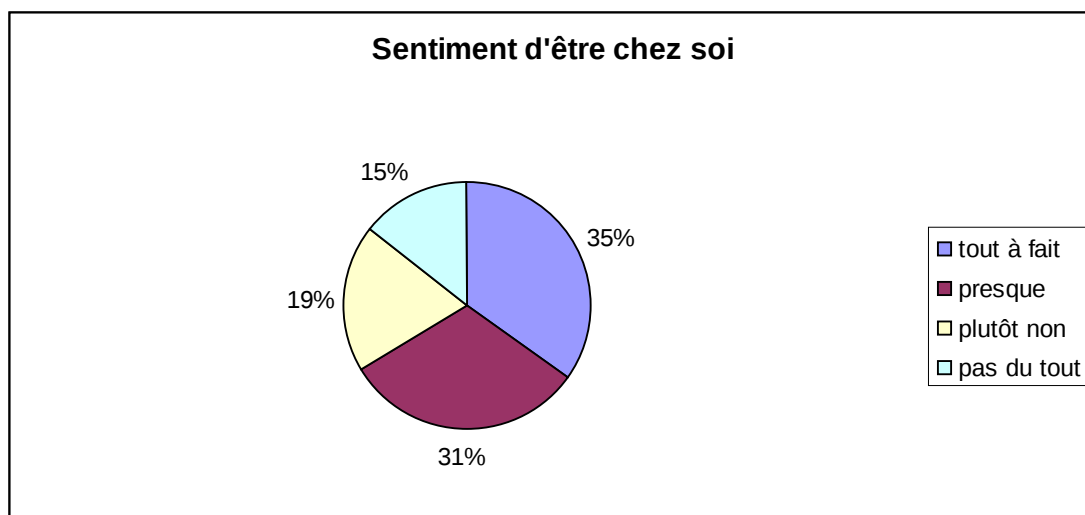
L'avis des résidents sur **l'ambiance générale dans leur institution** est le suivant :

- 85 % des personnes sont très satisfaites ou satisfaites de l'ambiance générale dans l'établissement.
- 9% sont insatisfaits ou très insatisfaits
- 1 % ne savent pas quoi répondre à cette question.



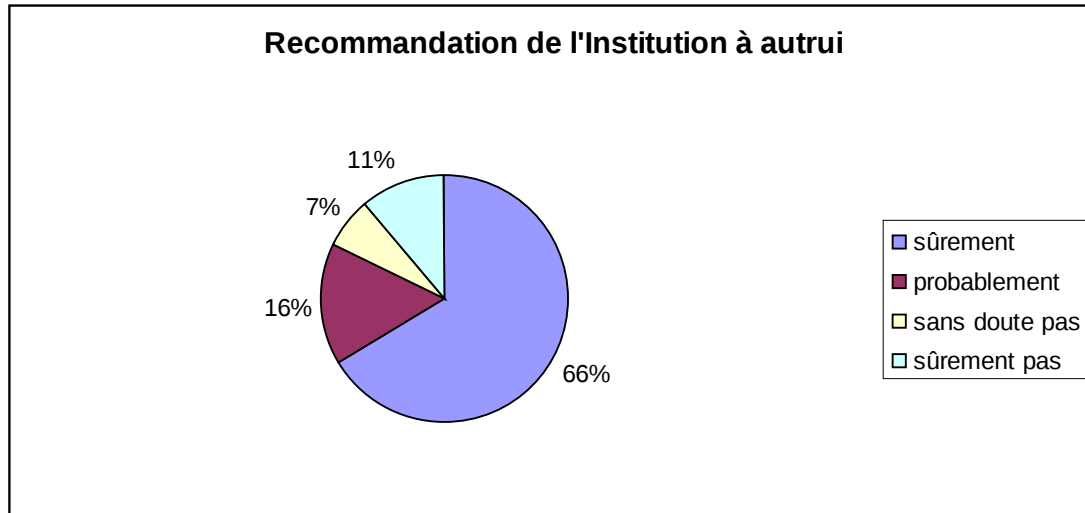
Graphique 49: Satisfaction des résidents sur l'ambiance générale dans l'établissement (N=360)

Toutefois lorsqu'il est demandé aux résidents **s'ils se sentent chez eux**, les résultats sont les suivants : 35 % des personnes se sentent tout à fait chez elles dans l'établissement, alors que 34 % ne se sentent pas chez elles. La vie communautaire n'est pas assimilée à un « vrai chez soi » dans 65 % des cas.



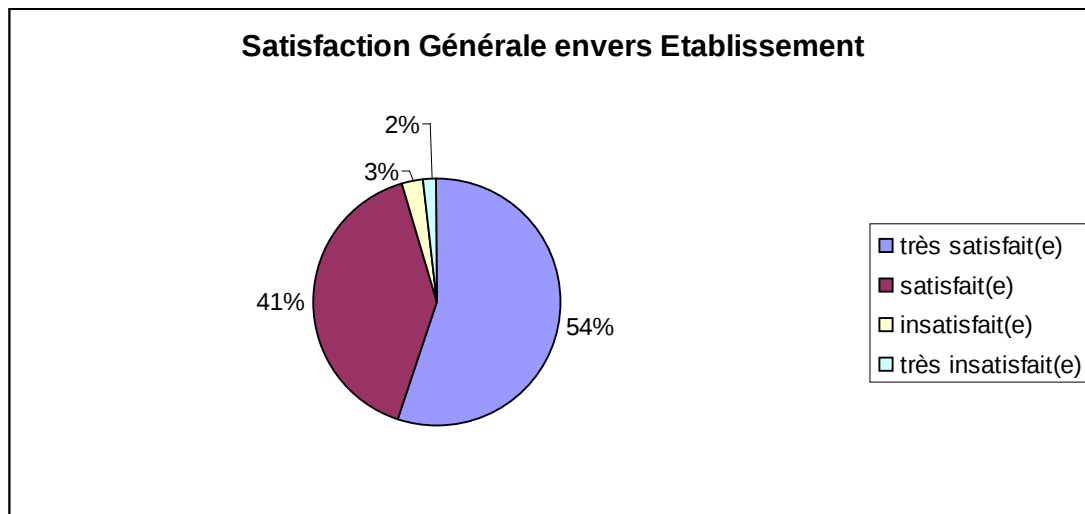
Graphique 50: Distribution du sentiment d'être chez soi en institution (N=358)

A la question de savoir **s'ils recommanderaient cette institution à une autre personne**, les résultats sont les suivants : 66 % le feraient sans hésiter, mais 18% ne le feraient pas et 16 % doutent encore. Il faut donc considérer que 33 % auraient des hésitations à recommander leur établissement à autrui.



Graphique 51: Recommandation de l'institution à autrui (N= 344)

Quant au degré de **satisfaction générale par rapport à l'établissement** celui-ci se distribue comme suit : 54 % sont très satisfaits, 41 % satisfaits. 5% des personnes expriment un degré d'insatisfaction globale.



Graphique 52: Satisfaction générale face à l'établissement (N=358)

Discussion

Lorsque la satisfaction des résidents est étudiée par élément ou de manière globale, il ressort toujours un certain pourcentage de résidents insatisfaits ou très insatisfaits. Il y aurait donc un intérêt à approfondir cette insatisfaction par des focus groupes de

résidents permettant d'explorer si une amélioration de leur degré de satisfaction serait possible par des mesures souvent peu coûteuses et très opérationnelles.

Seulement 66 % des personnes recommanderaient leur établissement à autrui sans hésiter alors que de très grands investissements ont été faits au Luxembourg depuis la loi sur l'Assurance Dépendance : investissements techniques, architecturaux, ressources humaines. Il serait intéressant de comprendre pourquoi, malgré ces infrastructures neuves et de confort exemplaires en Europe, les résidents ont ces hésitations. Il faut alors faire le lien avec les résultats obtenus au niveau de la prise en charge et des soins reçus par les résidents qui pourraient en être la cause.

D'autre part, il faut noter que le fait de vivre en communauté n'élimine pas le risque de sentiment de solitude chez une personne dépendante.

Même si l'établissement est souvent le dernier domicile de la personne, il n'est majoritairement pas considéré comme un vrai domicile.

Partie 4 : Présentation des résultats de l'enquête auprès des institutions

L'enquête auprès des institutions avait pour objectif de cerner des modalités organisationnelles classiquement considérées comme traduisant une politique de prise en charge centrée sur les résidents. Les résultats seront présentés selon ces indicateurs. Cette enquête était volontaire, 41 établissements sur 50 (au moment de l'enquête) y ont participé. Il s'agissait d'une enquête par questionnaire envoyé par voie postale, les réponses sont donc auto-déclarées.

31. Système de communication des critères et procédures d'admission

Préambule

La communication des critères et procédures d'admission en institution permet à la communauté des citoyens et à leurs proches de connaître leur environnement, de se préparer à une admission institutionnelle en comparant différentes institutions selon leurs caractéristiques propres.

Le vecteur de communication peut être électronique au sein d'un site Internet par exemple ou sous format papier à disposition des citoyens dans des lieux de passages comme les hôpitaux, les communes, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyses, les assurances sociales, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance, etc...

Résultats

39 établissements sur 40 possèdent un site Internet. Ils ne sont en général pas bilingues et sont accessibles soit en français soit en allemand.

Les **critères d'admission dans l'institution** sont disponibles selon les établissements enquêtés sous les modalités suivantes :

Vecteur	Nombre Institutions
Sur le site Internet de l'institution	31
Dans un livret d'accueil mis à disposition du public à l'extérieur de l'établissement	9
Dans un livret d'accueil disponible au sein de l'institution	18
Seulement discutés oralement lors d'une demande d'admission	15
Ne sont pas disponibles	1

Tableau 34: Modes de diffusion des critères d'admission en institution

L'examen des sites Internet a permis de valider la présence dans certains cas de conditions d'admission, dans d'autres cas de véritables critères d'admission. Certains établissements ne donnent aucune précision sur les critères d'admission ou donnent des critères d'admission relativement peu précis, ne permettant pas à un citoyen de les décrypter.

Les procédures d'admission pour entrer dans l'institution sont disponibles selon les établissements sous les modalités suivantes :

Vecteur	Nombre Institutions
Sur le site Internet de l'institution	24
Dans un livret d'accueil mis à disposition du public à l'extérieur de l'établissement	5
Dans un livret d'accueil disponible au sein de l'institution	15
Seulement discutées oralement lors d'une demande d'admission	16
Ne sont pas disponibles	2

Tableau 35: Modes de diffusion des procédures d'admission en institution (N=40)

Discussion

Les sites Internet des institutions sont présentés en allemand ou français, ce qui peut constituer un handicap d'accès à l'information, en raison de la composition de la population résidant au Luxembourg.

Etant donné que tous les citoyens résidant au Luxembourg n'utilisent pas de manière systématique Internet, malgré un fort taux d'accessibilité à l'outil, il est essentiel que les informations sur les critères et procédures d'admission en institution soient véhiculées auprès de la population sous divers formats et dans divers lieux.

Or, ce n'est pas le cas actuellement. Toutes les institutions n'ont pas intégré leurs critères et procédures d'admission sur un site Internet.

Moins de 25 % des institutions mettent à disposition à l'extérieur de leur établissement un livret d'information permettant de présenter leurs critères et procédures d'admission.

Moins de 50 % des institutions présentent leurs critères d'admission et leurs procédures d'admission dans une brochure disponible au sein même de l'institution.

L'accessibilité à l'information pour les citoyens est donc limitée.

Il faut dès lors poser plusieurs questions sur cette situation:

- est-elle due à une absence de moyens humains ou financiers des institutions pour éditer des brochures et réaliser un site Internet ?
- est-elle due à une absence de volonté de transparence permettant à l'institution d'orienter ses recrutements comme elle le souhaite et donc de choisir les citoyens qu'elle accueillera ?
- est-elle due à une absence de conscience du besoin de la communauté de citoyens d'avoir accès à ce type d'informations ?
- est-elle due à une absence de politique de communication dans les institutions ?

De plus, il faut s'interroger sur l'obligation qui pourrait être donnée aux institutions, lors de l'agrément, d'éditer leurs critères et procédures d'admission.

Il faut aussi se questionner sur l'utilité de regrouper ces informations sur plusieurs portails d'information aujourd'hui disponibles au Luxembourg comme le Portail Santé, le Portail des citoyens, le site de l'Assurance Dépendance, le site du Ministère de la Famille, etc...

32. Accessibilité à diverses prestations

Préambule

La variété de propositions de prestations et d'activités témoigne de la volonté de l'institution de maintenir les personnes institutionnalisées dans un environnement proche du milieu de vie habituel, en palliant au déficit dans certains cas du réseau socio-familial.

Cette dimension a été explorée.

Résultats

Les résidents ont accès aux prestations et activités suivantes en fonction des institutions :

Type prestation ou activités	Nbre Institution offrant
Coiffeur	40
Pédicure	40
Bibliothèque	37
Animation Télévision	36
Films vidéo en groupe	40
Jeux de société en groupe	40
Spectacles dans l'institution par animateur	37
Chorale	37
Gymnastique	40
Atelier mémoire	40
Atelier chute	6
Accès informatique et Internet	22
Anniversaire résidents	40
Fêtes spéciales Noël, Pâques	40
Visites de classes scolaires dans l'institution	38
Ballades à l'extérieur de l'institution	40
Autres activités proposées	
Atelier cuisine	3
Stimulation sensorielle	1
Jardinage	3
Vacances	9

Tableau 36: Liste des activités proposées aux résidents en fonction des établissements (N=40)

Toutes les institutions offrent la possibilité de voir des films vidéo en groupe. Toutefois la fréquence varie selon les établissements :

- 1 fois par mois pour 10 établissements
- 2 fois par mois pour 10 établissements
- 3 fois par mois pour 1 établissement
- 1 fois par semaine pour 13 établissements
- Moins d'une fois par mois pour 6 établissements.

Pour les jeux de société en groupe, 14 établissements offrent cette activité chaque jour, le reste plusieurs fois par semaine.

En ce qui concerne les spectacles avec un animateur, les fréquences sont extrêmement variables d'un établissement à l'autre, certains annonçant qu'ils le font une fois par

semaine, d'autres une fois par an, enfin 15 établissements disent en faire entre 12 et 20 fois par an.

Pour l'activité chorale, celle-ci est proposée dans une grande majorité une fois par semaine (22 établissements) à deux fois par semaine (3 établissements) aux résidents, les autres établissements proposant d'autres fréquences.

Les établissements disent offrir de la gymnastique :

- chaque jour dans 2 établissements,
- chaque jour ouvrable dans 1 établissement,
- deux fois par semaine dans 8 établissements,
- deux fois par mois dans 11 établissements,
- une fois par mois dans 12 établissements,
- moins d'une fois par mois dans les autres établissements.

Les ateliers mémoire sont proposés majoritairement une fois par mois (17 établissements) à deux fois par mois (8 établissements), les autres offrant des fréquences plus nombreuses. Deux établissements disent offrir l'atelier mémoire chaque jour. Toutefois, l'enquête ne permettait pas d'identifier si l'accessibilité journalière était possible pour chaque résident.

L'atelier chute est réalisé une à deux fois par mois dans les établissements le proposant.

Discussion

Les réponses des établissements sont auto-déclarées. L'enquête n'a pas permis de croiser ces informations avec la réalité, ou avec par exemple les programmes d'activités des années antérieures.

L'enquête a permis d'identifier des fréquences d'organisation des activités sans toutefois spécifier s'il était possible d'y accueillir la totalité des résidents chaque fois ou si pour certaines activités telles que les ateliers mémoire ou chute, des rotations de résidents étaient nécessaires.

La question relative à l'animation télévisée a été comprise par les institutions dans le sens accessibilité à une salle de télévision collective, alors que l'enquête visait à savoir si l'établissement organisait des animations avec les résidents autour d'une émission de télévision.

D'une manière générale, les établissements mettent en place des prestations et activités à destination des résidents, dont certaines visent le maintien d'une intégration sociale, d'autres sont à caractère préventif pour le maintien des capacités cognitives ou sont de type loisirs. Leur fréquence n'a pas été enquêtée.

L'enquête n'a pas permis d'explorer les taux de participation des résidents, ni l'accessibilité à ces activités des personnes présentant des troubles cognitifs modérés ou sévères.

Alors que les chutes sont une des causes d'hospitalisation des personnes dépendantes, et sources de fractures et autres pathologies connexes, il faut noter que les ateliers

chute ne sont pas des activités couramment proposées. Par contre la gymnastique proposée favorise le maintien de l'équilibre.

33. Présence de comités au sein de l'institution

Préambule

Centrer la politique de l'établissement sur les besoins des résidents nécessite que des espaces démocratiques et officiels de parole existent afin de pouvoir les exprimer. A cet effet, dans les pays étrangers sont recommandés ou obligatoires les comités de résidents ainsi que les comités des familles au sein des institutions accueillant des personnes dépendantes. L'objet est de permettre l'intégration de la voix des résidents dans l'organisation journalière et de définir des politiques et stratégies de développement tenant compte des besoins exprimés.

D'autre part, la prise en charge de personnes dépendante engendre souvent des questions éthiques. La possibilité d'avoir recours à un comité d'éthique afin que résidents, familles, professionnels puissent adresser de façon libre leurs questions est considéré comme un gage de qualité dans les politiques de prise en charge.

Résultats

Dans les institutions ayant participé à l'enquête les comités suivants sont retrouvés comme suit :

Type de comité	Nombre d'institutions avec ce comité
Comité de résidents	23
Comité des familles	1
Accès à un comité d'éthique	14

Tableau 37: Présence de comités au sein des institutions (N=40)

Lorsque l'établissement a un comité de résidents, il se réunit majoritairement une fois par mois environ (14 établissements sur 27). Rares sont les établissements (n=2) qui le réunissent une fois par semaine.

Les sujets traités lors des comités de résidents sont à titre d'exemples: informations des résidents sur la vie de l'établissement, demande d'avis sur les projets, recueillir les doléances des résidents, préparer l'arrivée d'un nouveau résident, discuter les menus,

Lorsque l'institution fait appel à un comité d'éthique, il s'agit le plus souvent de situations de fin de vie, de questions relatives à l'acharnement thérapeutique ou d'études cliniques.

Dans la composition des comités d'éthique, il est retrouvé certaines fonctions telles qu'un prêtre, une assistante pastorale, une assistante sociale, un soignant, un médecin, un philosophe, un membre de la direction, un juriste.

Discussion

Un peu plus de 50 % des institutions possèdent un comité de résidents, ce qui témoigne du peu d'officialisation de leur place dans la gestion journalière de l'institution qui constitue le plus souvent leur dernière demeure.

Le comité des familles est inexistant. Pourtant, le réseau socio-familial des résidents enquêtés est encore relativement tissé. La place officielle donnée aux proches

(familles ou personnes ressources privilégiées) est à repenser dans les institutions, afin de construire un nouvel espace de dialogue encore vierge.

Toutes les institutions n'ont pas un accès à un comité d'éthique, laissant ainsi avec une certaine probabilité, professionnels, résidents, proches avec les mêmes questions que leurs collègues des institutions ayant déjà mis en place ce type de comité. Lorsqu'il existe, il est convoqué pour des situations de conflit éthique adapté à ce type d'institution. Toutefois, il est noté que le thème de la maltraitance de personnes dépendantes n'a pas été cité par les institutions, soit parce qu'elles n'y ont jamais été confrontées, soit parce qu'elles ont mis en place des systèmes de prévention de la maltraitance, soit parce que le sujet est tabou et n'est pas considéré.

34. Discussion du plan de prise en charge des résidents

Préambule

Maintenir l'autonomie d'un résident passe par son implication dans son plan de prise en charge, dans la limite de son état clinique, de son état cognitif et de sa volonté.

Résultats

Les plans de prise en charge des résidents sont discutés comme suit :

Discussion du plan de prise en charge	Nombre d'institutions
Avec le résident	35
Systématiquement avec la famille ou un proche	28

Tableau 38: Modes de discussion des plans de prise en charge des résidents (N=40)

La fréquence de discussion du plan de prise en charge varie selon les institutions entre au besoin (modalité la plus rencontrée) et une fois par an.

Discussion

Les institutions dans une grande majorité discutent le plan de prise en charge avec le résident : La qualité de cette discussion et la possibilité pour le résident d'intervenir sur ce plan de prise en charge n'a pas été explorée dans cette enquête. Il n'a pas été possible d'identifier, par exemple, s'il s'agissait d'une simple information ou d'une véritable discussion permettant au résident d'interagir et de faire certains choix.

Lorsque cela est possible, 70 % des institutions en discutent aussi avec les familles ou proches. Là encore, il n'y a pas eu d'exploration plus approfondie.

35. L'organisation des repas des résidents

Préambule

Le repas est un moment capital de la vie du résident car il rythme le temps. Les personnes institutionnalisées y attachent une grande importance tant au niveau de la qualité, que de la quantité ou de la variété des menus accessibles. Les études de satisfaction institutionnelles intègrent toujours ce paramètre.

Le repas est aussi un moment qui permet de garantir un lien social.

Il est aussi un outil de maintien de l'autonomie en mettant à disposition des résidents des possibilités de choisir et donc d'intervenir sur sa propre destinée en tenant compte des goûts personnels.

Résultats

Le **nombre de menus offerts** aux résidents aux différents repas se présente comme suit :

Nombre menus midi	Nombre Institutions
1 menu	8
2 menus	15
3 menus	7
4 menus	2
5 menus et plus	7
Nombre menus soir	Nombre Institutions
1 menu	10
2 menus	3
3 menus ou plus	3
Buffet	24

Tableau 39: Nombre de menus offerts aux résidents selon le type de repas (N=40)

La liberté pour le résident d'organiser son repas s'exprime sous les modalités suivantes :

Organisation du repas	Nombre d'Institutions
Prendre son repas dans son espace privé	39
Prendre un repas avec des proches dans un espace réservé	40
Prendre un repas à l'extérieur	37

Tableau 40: Modes d'organisation des repas des résidents (N=40)

Toutefois, il faut noter que les institutions n'ont pas précisé en remplissant le questionnaire que la prise du repas dans l'espace privé pouvait être payante.

Les **horaires des repas** sont organisés comme suit :

Horaires du Petit Déjeuner	Nombre d'Institutions
Horaires fixes	3
Horaires flexibles dans une tranche	35
Suivant rythme du résident	2
Horaires du Repas Midi	Nombre d'Institutions
11h30	6
11h45	4
12h	30
Horaires du Repas Soir	Nombre d'Institutions
17h	2
17h30	8
17h45	2
18h	28

Tableau 41: Horaires des repas selon le type de repas (N=40)

Discussion

L'autonomie du résident doit pouvoir s'exprimer au moment du repas tant dans le choix de menus, une majorité d'institutions offrant plusieurs menus, que dans le choix du lieu du repas.

La flexibilité de l'horaire du petit déjeuner est une pratique majoritairement choisie par les établissements. Toutefois les horaires du midi et surtout du soir sont précoces et engendrent une période sans apports nutritionnels de plus de 12h.

36. L'organisation des déplacements des résidents au Luxembourg

Préambule

Le maintien de l'autonomie passe par la capacité à se déplacer à l'intérieur de l'établissement mais aussi à l'extérieur de ce dernier.

Toutefois, en raison de la dépendance cela nécessite le plus souvent une organisation institutionnelle, les résidents n'étant pas en mesure de se déplacer seuls.

Résultats

Toutes les institutions disposent d'un véhicule pour transporter les résidents à l'extérieur de l'établissement.

Discussion

Les résidents des établissements à séjour continu ont la possibilité d'être véhiculés à l'extérieur de l'établissement, ce qui peut contribuer favorablement au maintien de leur autonomie.

Toutefois, l'enquête n'a pas permis d'explorer la fréquence d'utilisation des véhicules, ni la disponibilité réelle du véhicule, ni le système de réservation.

37. La pratique spirituelle

Préambule

Permettre à une personne de vivre sa spiritualité selon ses croyances est un droit. Toutefois, celui-ci peut être limité dès lors que la personne devient dépendante, puisqu'elle ne peut généralement plus se rendre dans son milieu de culte. Il devient alors nécessaire que l'institution dans laquelle elle réside organise soit son déplacement vers son lieu de culte lorsque l'état de santé le permet, ou organise la venue des représentants du culte au sein de l'institution.

Afin d'explorer cet indicateur, il a été demandé aux institutions quels cultes étaient accessibles à leurs résidents.

Résultats

Il est possible pour les résidents d'avoir accès aux religions suivantes dans les établissements ayant participé à l'enquête :

Type de Religion	Nombre d'établissements
Religion catholique	35
Religion protestante	15
Religion juive	13
Religion musulmane	12
Religion bouddhiste	10

Tableau 42: Nombre d'établissements par type de religion offerte aux résidents (N=40)

Discussion

La majorité des établissements (35 sur 40) offrent la possibilité aux résidents de pratiquer le culte catholique. Ceci peut être influencé par les organisations mères, qui dans certains cas sont des congrégations religieuses.

Cependant, l'offre est nettement moins fréquente lorsque le résident pratique une religion moins courante.

Etant donné le brassage culturel au Luxembourg, il y a intérêt à débattre de ce sujet dès à présent avec les institutions afin d'être prêts dans les prochaines années à prendre en considération une religion qui ne serait pas le catholicisme, afin de respecter les droits des individus.

38. Possibilité de proposer des idées nouvelles

Préambule

La possibilité d'émettre un avis ou une proposition est un moyen de conservation de la faculté de penser, mais aussi de prendre sa place au sein d'un collectif. Plusieurs vecteurs d'expression sont possibles. Chaque individu choisit en général un mode d'expression adapté à sa personnalité.

Dans un milieu communautaire, l'organisation est souvent prégnante sur les individus qui y sont accueillis. Offrir la possibilité aux résidents d'émettre des avis, permet à l'organisation d'intégrer les besoins de sa clientèle dans son développement et de tenter d'y répondre. Cette pratique initiée dans le secteur commercial est aujourd'hui appliquée dans le secteur socio-sanitaire. Cette attitude managériale témoigne d'une ouverture de l'institution envers son client. Ce critère a donc été exploré en demandant aux établissements comment il était possible pour un résident de proposer une idée nouvelle.

Résultats

Plusieurs vecteurs ont été signalés par les établissements comme étant disponibles pour un résident afin d'exprimer une idée nouvelle :

- proposition faite au sein du comité de résident, lorsqu'il existe,
- proposition faite au sein du comité des familles lorsqu'il existe,
- par contact direct avec la direction ou un responsable,
- par la remise de la proposition dans la boîte à suggestions installée dans l'établissement,

- par l'insertion dans l'enquête annuelle faite auprès des résidents,
- par l'envoi d'un courrier, d'un email,
- lors des réunions de discussion entre le personnel et les résidents,
- en prenant un rendez-vous avec la direction pour en discuter.

Discussion

Les institutions montrent une attitude positive face aux propositions des résidents. L'enquête n'a pas permis d'explorer le devenir de ces propositions, ni le taux d'intégration de ces propositions dans la vie des organisations.

39. Gestion des plaintes des résidents

Préambule

Vivre en communauté engendre des contraintes pour les individus et génère des situations pouvant être à l'origine de conflits. Il n'est pas rare que des plaintes soient émises par les clients d'une organisation en raison d'une insatisfaction par rapport à une prestation ou par rapport à un prestataire.

D'autre part, la dépendance entraîne une perte d'autonomie qui augmente le nombre de recours à des prestataires et de ce fait augmente le risque de situations conflictuelles.

Permettre aux clients d'une organisation de déposer une plainte, rendre cette procédure aisée, et répondre dans les meilleurs délais à une plainte sont considérés comme des critères de qualité permettant de diminuer les taux d'insatisfaction de la clientèle. Ces pratiques largement diffusées dans le secteur commercial sont aujourd'hui intégrées dans les organisations socio-sanitaires.

Ce critère a été exploré lors de l'enquête en demandant aux institutions de décrire leur système de gestion des plaintes.

Résultats

Toutes les institutions ont répondu permettre aux résidents d'émettre une plainte.

Les vecteurs pour émettre les plaintes signalés par les établissements sont les suivants :

- par entretien oral avec un membre de la direction ou du personnel ou par téléphone,
- en écrivant un courrier à la direction ou un mail ou par l'envoi d'un fax,
- en insérant la plainte dans la boîte à suggestions,
- en portant cette plainte lors de la réunion du comité des résidents,
- en remplissant le formulaire de réclamation de l'institution.

Seuls 7 établissements soulignent la présence d'un formulaire de réclamation ou plainte. Un seul établissement précise qu'il a une procédure de gestion des plaintes.

Lors de la consultation des sites internet des établissements, peu d'établissements ont intégré le formulaire de plainte directement sur leur site et donc accessible aux proches.

La réponse à la plainte est majoritairement faite par la direction de l'établissement, et ce dans un délai maximal d'une semaine.

Discussion

La conception qui sous tend les réponses des directions ne semble pas tenir compte du poids de l'organisation sur les personnes dépendantes, de leur fragilité face à l'organisation et de la peur de représailles en cas de plaintes.

D'autre part, l'idée qu'un membre du personnel puisse être un vecteur sûr de transmission d'une plainte d'un résident, ne tient pas compte du fait qu'une sous déclaration des plaintes est possible en regard des risques encourus par le personnel. Ce phénomène est largement connu dans les déclarations d'événements indésirables au sein des institutions de soins.

Le nombre d'établissements ne disposant pas de formulaire de plainte ou réclamation et de procédure écrite inscrite dans le livret d'accueil est élevé. Ceci peut constituer une obstruction à la plainte des résidents. Le droit à la plainte ainsi que la procédure de plainte ne sont donc pas clairement énoncés comme tels auprès des résidents dans la majorité des institutions.

Il y aurait intérêt pour protéger les droits des résidents d'intégrer comme obligation lors de l'attribution d'un agrément institutionnel qu'un système de gestion des plaintes soit mis en place, intégrant une procédure de gestion des plaintes, un formulaire de plainte, ainsi que la tenue d'un registre des plaintes laissant trace de l'enregistrement de la plainte, de son traitement et de sa clôture.

40. Types de rapports réalisés par les institutions

Préambule

Les types de rapports réalisés annuellement au minimum par les institutions, en sus des rapports d'activité obligatoires à remettre aux autorités de tutelle, traduisent les indicateurs auxquels elles attachent de l'importance, et donc traduisent leur politique de prise en charge.

Cet indicateur a été exploré en demandant aux établissements de citer les rapports réalisés annuellement.

Résultats

Les établissements déclarent réaliser les rapports suivants :

Type de rapport	Nombre d'établissements
Rapport sur nombre de résidents décédés	40
Rapport sur les escarres	35
Rapport sur les infections nosocomiales	15
Rapport sur les chutes	29
Rapport sur les troubles cognitifs	23
Rapport sur les niveaux de dépendance des résidents	37
Rapport sur la gestion de la douleur	17
Rapport sur les contentions	24

Tableau 43: Nombre d'établissements réalisant des rapports annuels selon le type (N=40)

En sus de ces rapports, certains établissements réalisent un rapport annuel sur les compléments nutritionnels et sur les incontinences.

Discussion

Il s'agit de données auto-déclarées. L'enquête n'a pas permis de consulter ces rapports, ni de porter un avis sur leur contenu et leur qualité.

Toutefois, il faut noter que bien que les établissements disent réaliser ces rapports, ceux-ci ne sont pas publics et ne sont pas mis à disposition sur leur site Internet. De ce fait, ce type de rapports, malgré leur grand intérêt, ne peut pas servir au citoyen pour choisir une institution.

L'enquête n'a pas exploré l'exploitation faite de ces rapports annuels, à savoir le suivi comparatif réalisé, l'intégration des résultats dans la politique générale de l'établissement.

Il peut être noté que les établissements ont déjà, pour certains, pris l'habitude d'établir des rapports annuels sur certains sujets intéressant la prise en charge de leurs résidents témoignant ainsi de leur dynamique d'auto-évaluation. L'enquête n'a pas exploré si cette dynamique allait jusqu'au « benchmarking » avec d'autres institutions de même type.

Pour le rapport relatif aux escarres, l'enquête n'a pas permis d'explorer si ceux-ci sont réalisés selon les définitions internationales.

Peu d'établissements réalisent des rapports sur les infections nosocomiales pourtant ces institutions ne sont pas exemptes d'infections telles que légionelloses, MRSA, gastroentérites, etc...

Concernant le rapport sur les chutes, l'enquête n'a pas permis d'explorer si ceux-ci permettent une analyse qualitative des chutes pouvant engendrer une politique de prévention des chutes.

L'enquête n'a pas permis d'explorer l'utilisation faite par les établissements du rapport sur les troubles cognitifs des résidents.

Peu d'établissements réalisent un rapport annuel sur la gestion de la douleur. L'enquête n'a pas permis d'explorer lorsque ce type de rapport est fait si le référentiel utilisé correspond aux définitions internationales. De même, leur utilisation n'a pas été enquêtée.

Les contentions sont utilisées de manière courante dans les institutions accueillant des personnes dépendantes, le plus souvent dans un but de prévention des chutes et de protection des personnes. Toutefois, une contention reste au nom de la loi une privation de liberté des individus qui peut être réalisée dans des conditions spécifiques. Une analyse régulière des mises de contention oblige les équipes à réfléchir aux autres moyens de prise en charge pouvant éviter la mise de contention qui, bien qu'ayant un but noble de prévention, limite l'autonomie et peut accroître le niveau de dépendance. Le contenu du rapport n'a pas été exploré lors de l'enquête, ni son utilisation par les directions et équipes soignantes.

Tous ces rapports ayant une utilité en matière de prise en charge des personnes dépendantes, il y aurait intérêt de réfléchir au sein de l'Assurance Dépendance sur les indicateurs qui devraient être à fournir par les établissements pouvant permettre de suivre la qualité des prises en charge des résidents, sur le système de comparaison des résultats à mettre en place ainsi que sur la politique de communication des résultats à mettre en œuvre à destination des autorités de tutelle, des financeurs et des citoyens.

Partie 5 : Comparaison avec le rapport d'évaluation de la satisfaction des personnes dépendantes vivant à leur domicile

La comparaison entre l'enquête de satisfaction auprès des résidents en institution d'aides et de soins et l'enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de l'AD à domicile réalisée par le CEPS-INSTEAD ne portera que sur certains éléments communs.

Toutefois, des limites à cette comparaison existent :

- l'enquête n'a pas été réalisée à la même période,
- l'enquête n'a pas été réalisée par les mêmes enquêteurs,
- l'enquête n'a pas été faite avec le même outil d'investigation,
- la population concernée ne présente pas les mêmes caractéristiques en terme d'âge, et de genre (les hommes étant plus nombreux à domicile qu'en institution selon le rapport 2009 de l'IGSS)
- la population enquêtée ne présente pas le même niveau de dépendance.

Les interprétations des résultats comparatifs seront donc prudentes.

41. Comparaison relative à la connaissance de la décision de l'AD

10 % des bénéficiaires de soins à domicile se souviennent avoir reçu le document de l'Assurance Dépendance, alors que 14% des résidents en institution affirmaient avoir reçu la décision.

Même en tenant compte que les personnes bénéficiant de l'AD ont des problèmes de mémorisation, il n'en reste pas moins que ce score est comparable entre les deux populations et qu'il est extrêmement faible.

Ceci conforte l'obligation de renforcer le processus visant à permettre aux personnes dépendantes de prendre connaissance de la décision de l'AD.

42. Comparaison relative à la satisfaction sur les soins reçus

Selon leur niveau de dépendance, les bénéficiaires de l'AD peuvent recevoir des aides et soins pour divers besoins.

Bien que certains types de soins puissent être comparés, cette comparaison reste difficile car les modalités de réponse ne sont pas les mêmes entre les deux enquêtes : 5 modalités de réponse dans l'enquête à domicile contre 4 modalités dans l'enquête en institution.

De ce fait, la comparaison ne portera que sur les personnes exprimant un degré de satisfaction égal à très satisfait et satisfait.

D'autre part, la comparaison est réalisée sur les soins enquêtés dans les deux milieux.

Type de soins	Domicile		Institution	
	Très Satisfait	Satisfait	Très Satisfait	Satisfait
Aide pour se laver	58,7 %	28,3 %	62 %	32 %
Aide pour aller aux toilettes	19,9 %	11,63 %	61 %	30 %
Aide pour se lever, se coucher	22,36 %	13,2 %	59 %	38%
Aide pour se déplacer	18,1 %	12,7 %	60%	32%
Aide pour manger et boire	5,9 %	4,3 %	52 %	36 %

Tableau 44: Comparaison des taux de satisfaction par type de soins selon le lieu de prestation de l'AD

Les taux de très satisfaits et de satisfaits sont plus élevés dans les institutions qu'à domicile.

Même si méthodologiquement, les taux de « assez satisfait » avaient été ajoutés aux taux « de satisfait » et « très satisfait », l'écart resterait positif en faveur des institutions.

Discussion

Les chiffres donnent un avantage aux institutions sur le degré de satisfaction des bénéficiaires relatif aux divers soins prestés.

Toutefois, la question de la liberté de positionner un avis est présente, la personne enquêtée au domicile ayant le libre choix de pouvoir changer de réseau de soins, ce qui n'est pas possible pour la personne institutionnalisée qui ne peut pas changer d'établissement. Le biais introduit par cette situation peut influencer les résultats obtenus.

43. Comparaison relative aux souhaits de prestations complémentaires

Lors des enquêtes, il a été demandé aux bénéficiaires de l'AD ayant des soins en nature à domicile ou en institution, s'ils auraient souhaité recevoir plus d'aides dans certains types de soins.

Les résultats comparatifs possibles entre les 2 enquêtes sont les suivants :

Types de soins	Institution	Domicile
Se laver	9,09 %	9 %
Aller aux toilettes	13,93 %	10 %
Manger et boire	12,12 %	8%
Se lever et se coucher	4,43 %	8%
Se déplacer	18,92 %	11%
Sorties	4,86 %	19 %

Tableau 45: Souhaits d'aides complémentaires selon le lieu des prestations en nature des bénéficiaires de l'AD

Les attentes des bénéficiaires sont proches pour le besoin d'hygiène. Elles sont par contre plus élevées en institution pour le besoin d'élimination, le besoin d'alimentation, le besoin de se déplacer. Par contre, elles sont moins élevées pour les sorties et le besoin d'aide pour se lever et se coucher.

Discussion

Il semble que les attentes soient plus grandes en institution. Ceci pose la question de l'adéquation entre les plans de prise en charge et les prestations réellement offertes : toutes les prestations prévues au plan de prise en charge sont-elles fournies ? La personne et ses proches ont-elles le moyen de contrôler les prestations fournies puisque dans peu d'institutions il existe une traçabilité dans l'espace privé du résident sur les soins prestés ?

Cette comparaison peut aussi inciter à penser que certains bénéficiaires de l'AD pourraient avoir besoin d'une révision de leur plan de prise en charge afin de l'adapter à leurs réels besoins qu'ils soient en institution ou à domicile.

44. Comparaison sur les aides techniques

Les bénéficiaires de l'AD qu'ils soient en institution ou à domicile peuvent selon leurs besoins recevoir des aides techniques.

La CEO se posant des questions quant à l'utilisation réelle de ces aides techniques a souhaité que cette question soit posée tant dans l'enquête de satisfaction au domicile que dans celle des institutions.

La comparaison des résultats ne porte que sur le pourcentage de bénéficiaires ayant eu droit à une aide technique et sur les aides techniques pouvant être retrouvées dans les deux questionnaires à savoir le fauteuil roulant et le fauteuil roulant électrique.

Les résultats sont les suivants:

Attribution d'une aide technique	Domicile	Institution
Toutes aides techniques confondues	69 %	97 %
Fauteuil roulant	53 %	56,78 %
Fauteuil roulant électrique	9 %	6,37 %

Tableau 46: Comparaison d'attribution d'aides techniques en fonction du lieu de prestation de l'AD

L'utilisation des aides techniques reçues se présente comme suit selon le lieu de prestation des aides et soins :

Utilisation d'une aide technique	Domicile			Institution		
	OUI	NON	Parfois	OUI	NON	Parfois
Fauteuil roulant	79 %	7%	15%	84 %	3,4%	12,19%
Fauteuil roulant électrique	82 %	6%	12%	91,3%	8,7 %	0%

Tableau 47: Comparaison de l'utilisation des aides techniques en fonction du lieu de prestation de l'AD

Concernant la fourniture d'informations sur l'utilisation des aides techniques, 55 % des personnes ayant reçu une aide technique en institution avaient reçu des informations sur les modes d'utilisation contre 70 % à domicile.

Discussion

Dans l'ensemble, les bénéficiaires de l'AD en institution reçoivent plus d'aides techniques que ceux à domicile, ce qui peut s'expliquer par un âge plus élevé de 17 ans en moyenne (selon le rapport 2009 de l'IGSS) et en raison d'un niveau de dépendance plus élevé.

Toutefois, l'attribution du fauteuil roulant est très proche entre les deux milieux. Par contre l'attribution du fauteuil roulant électrique est un peu plus élevée à domicile, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les individus sont plus jeunes et conservent donc une aptitude plus grande à pouvoir sortir de manière autonome à l'extérieur de leur domicile.

En ce qui concerne le taux d'utilisation régulier des aides techniques, il est plus élevé en institution qu'à domicile. Ceci peut s'expliquer par le rôle éducatif et stimulant des équipes soignantes présentes qui doivent encourager à leur utilisation.

Il semble que dans les institutions, les informations sur l'utilisation des aides techniques soient nettement moins fréquentes qu'à domicile. Ceci pourrait s'expliquer par l'âge plus élevé des personnes dépendantes ou le niveau de dépendance plus élevé rendant la compréhension des modes d'utilisation plus complexes. Mais cela pourrait aussi être du au fait que l'équipe soignante étant présente, elle pallie spontanément au déficit de formation de la personne au lieu de mettre en place un processus de formation.

Quelque soit le milieu de prestation de l'AD, des efforts sont nécessaires pour associer à chaque utilisation d'une aide technique une formation à son utilisation.

45. Comparaison de l'avis des bénéficiaires de l'AD sur les attitudes des soignants

La comparaison entre l'enquête à domicile et en établissement d'aides et de soins est méthodologiquement difficile bien que les points enquêtés soient les mêmes, car les modalités de réponse ne sont pas identiques : 5 modalités de réponse dans l'enquête au domicile contre 4 modalités de réponse dans l'enquête en institutions.

De ce fait seules les modalités « tout le temps » et « la plupart du temps » seront comparées.

Les résultats de la comparaison sont les suivants :

Attitude du soignant	Domicile		Institution	
	Tout le temps	La plupart du temps	Tout le temps	La plupart du temps
Avoir une bonne présentation	87,8 %	9,8 %	90,4 %	8,8%
Respecter les règles d'hygiène	83,6 %	11,4 %	91,9 %	6,4 %
Etre respectueux de vos affaires	82,3 %	13,0 %	85,1 %	11, 0 %
Etre respectueux de votre personne	81,8 %	15,3 %	87,1 %	10,1 %
Etre gentil /aimable	79,2 %	17,5 %	81,6 %	16,7%
S'appliquer pour apporter les soins	72 ,8%	19 %	74,9 %	19,5 %
Comprendre votre situation	71,7 %	19,0 %	80,1 %	14,3 %
Prendre le temps d'apporter les soins	65,9 %	20,6 %	63.1 %	25,4 %
Etre suffisamment qualifié	61,8 %	24,2 %	78,5 %	17,5 %
Prendre le temps d'écouter	60,9 %	20,9%	31,3 %	22,1 %
Prendre le temps de parler après les soins	43,8 %	18,3 %	6,8 %	12,7 %

Tableau 48: Comparaison de l'avis des bénéficiaires de l'AD sur les attitudes des soignants selon le lieu de prestation

D'une manière globale les fréquences d'attitudes positives des soignants sont élevées dans les deux milieux pour une majorité de critères.

Les fréquences « tout le temps » sont un peu plus élevées dans les institutions pour une majorité de critères.

Toutefois, la différence est extrêmement importante pour ce qui relève de la communication : prendre le temps d'écouter, parler après les soins, et ce en défaveur des institutions.

Discussion

Il est intéressant de poser la question aux bénéficiaires de l'AD sur le respect des règles d'hygiène par les soignants ou sur le fait d'être suffisamment qualifiés. Toutefois, il faut s'interroger sur la compétence des bénéficiaires pour juger des critères d'hygiène lors des soins ou de la qualification d'un professionnel.

Les réponses seront donc comprises comme étant un avis personnel élaboré selon des critères individuels et non sur des critères scientifiquement admis.

La différence de résultats entre le domicile et les institutions concernant les attitudes de communication interroge à plusieurs niveaux :

- le personnel des institutions est-il soumis à une charge de travail ne lui permettant pas de communiquer avec les résidents ?
- le personnel étant très fréquemment en contact avec le résident en institution néglige-t-il les relations plus approfondies et personnalisées avec le résident ?
- le contexte du domicile est-il plus propice à des discussions personnalisées avec le bénéficiaire ?
- les attentes des résidents en institution sont-elles plus grandes que celles des personnes encore insérées dans leur domicile et donc dans leur réseau socio-familial ?

Il n'en reste pas moins que les attentes des bénéficiaires en matière de communication sont moins bien couvertes en institution qu'à domicile et que des mesures devraient être prises pour améliorer l'adéquation entre les attentes et les prestations offertes.

46. Comparaison du niveau de confiance des bénéficiaires envers les soignants

La comparaison du niveau de confiance des bénéficiaires de l'AD selon le lieu de prestation a été possible, la question étant identique, ainsi que les modalités de réponse.

Niveau confiance	Domicile	Institution
Vraiment confiance	67 %	74,9 %
Une certaine confiance	27 %	18,2 %
Confiance limitée	6 %	5,3 %
Pas de confiance	0 %	1,7 %

Tableau 49: Niveau de confiance des bénéficiaires de l'AD dans les soignants selon le lieu de prestation

Le taux de confiance totale est plus élevé en institution qu'à domicile.

Toutefois, en institution, il faut noter que certains bénéficiaires n'ont « pas du tout confiance » dans l'équipe soignante ce qui n'a pas été retrouvé à domicile.

Discussion

Il est important pour les institutions d'explorer les raisons qui engendrent l'absence de confiance des résidents envers leur équipe de soins, afin de pouvoir mener des interventions d'amélioration pour redresser cette situation. Car une confiance perdue est plus longue à récupérer.

47. Comparaison au niveau de l'organisation des soins

La comparaison est possible entre les deux enquêtes sur les items suivants :

- respect des tranches horaires prévues pour les soins,
- savoir quel soignant viendra me soigner,
- accessibilité au document permettant de noter des informations sur les soins,
- compréhension par le bénéficiaire de ce qui est noté,
- transmission sur les soins des bénéficiaires entre les soignants.

Pour ce qui concerne, le respect des tranches horaires prévues pour les soins, 21 % bénéficiaires à domicile déclarent que les soignants ne respectent pas les fourchettes horaires convenues, alors qu'ils ne sont que 16 % en institution.

Seulement 24 % des bénéficiaires de l'AD à domicile savent qui viendra les soigner, alors que 6,3 % le savent en institution.

89 % des bénéficiaires de l'AD à domicile savent qu'il existe un document sur lequel sont notées les informations sur leurs soins et celui-ci est accessible pour 94 % d'entre eux, alors qu'ils ne sont que 28 % en institution à avoir accès à ce document.

Ils sont 70 % à comprendre ce qui est écrit sur ce document à domicile, alors qu'ils ne sont que 30,8 % en institution.

Concernant la transmission entre les soignants sur les soins prodigués aux bénéficiaires, le nombre de non répondants est significativement différent puisqu'il est de 1,1 % à domicile alors que 47,1 % des personnes interrogées en institution disent ne pas pouvoir répondre à cette question.

Sur ceux qui répondent à cette question, ils sont 65 % à domicile à déclarer que l'information est toujours transmise, alors qu'ils sont 76 % en institution.

Discussion

Quelque soit le milieu de soins, le respect des horaires ne semble pas être pratique courante. Il pourrait s'expliquer au domicile en raison des trajets à parcourir par le personnel pour se rendre chez les différents bénéficiaires. Cette pratique s'explique moins en institution. Il y a donc lieu de rechercher d'autres explications à ce phénomène comme par exemple l'adéquation des ressources en personnel par rapport aux actes de soins à prester. D'autres raisons peuvent aussi être interrogées : les cadres et le personnel considèrent-ils le respect des horaires comme un critère de qualité ?

De même, le principe de l'information préalable du bénéficiaire sur la personne qui viendra soigner le bénéficiaire n'est pas une pratique communément admise que ce soit à domicile ou en institution. Cette situation interroge sur la conception des soins

appliquée par les institutions, sur l'intégration de ce critère comme critère d'information minimale permettant au bénéficiaire de réfuter un soignant qui ne répondrait pas à ses besoins ou qui aurait des pratiques non conformes à celles communément admises sur le plan professionnel (hygiène, communication, maltraitance, incompétence....).

L'accessibilité à l'information sur les soins est plus développée à domicile qu'en institution. L'implication du bénéficiaire dans son processus de prise en charge en institution n'est pas soutenue par une accessibilité à l'information sur ses soins, à une transparence dans la documentation et par une compréhension des informations notées. Bien entendu le niveau de dépendance et l'âge peuvent être deux facteurs influençant négativement l'implication des résidents à ce niveau.

48. Les attentes des bénéficiaires en matière linguistique

La comparaison entre les deux enquêtes est possible sur les items suivants :

- avoir eu un soignant qui ne parlait aucune des langues maîtrisées par le bénéficiaire,
- avoir été gêné(e) par cette situation.

Les résultats sont les suivants : 26 % des bénéficiaires à domicile ont déjà été confrontés à un soignant ne parlant pas une des langues qu'il maîtrisait, alors qu'ils étaient 18 % en institution.

Lorsque la situation s'est présentée, 55 % des bénéficiaires du domicile en ont été gênés, alors qu'ils étaient 53 % en institution.

Discussion

Les bénéficiaires du domicile peuvent donc être plus fréquemment confrontés à une situation de soins lors de laquelle le soignant ne parle pas une des langues maîtrisées par la personne, par rapport aux institutions.

Dans les deux milieux, si la situation se présente, elle gêne de la même façon les bénéficiaires.

La question des critères linguistiques lors du recrutement des équipes de soins est donc posée, dans un pays multilingue, dont la composition de la population ne fait que continuer à s'élargir.

Ceci pose aussi la question de la formation continue des équipes soignantes sur le plan linguistique afin de développer les compétences du personnel à ce niveau, permettant une meilleure réponse aux besoins de la population.

Enfin cette situation interroge aussi sur l'anamnèse linguistique faite lors de l'admission d'un bénéficiaire qu'il soit à domicile ou en institution, et l'introduction de ce critère lors de l'affectation du personnel aux soins à prester, afin d'obtenir la meilleure adéquation possible entre les ressources linguistiques disponibles et les besoins linguistiques des bénéficiaires.

49. Comparaison des mécontentements des bénéficiaires

La comparaison a été possible entre les deux études sur les occasions d'avoir été mécontent du prestataire de soins.

23 % des bénéficiaires à domicile ont déclaré avoir eu l'occasion d'être mécontent de leur prestataire, alors qu'ils étaient 25,5 % dans les institutions.

50 % se sont plaints auprès des responsables des réseaux de soins, alors que 52 % des personnes en institution ont exprimé leur plainte auprès de la direction ou d'un chef de service.

Les fréquences potentielles de mécontentement sont similaires entre les deux milieux et les attitudes pour déposer une plainte aussi.

50. Conclusion de l'enquête

L'enquête de satisfaction menée auprès des bénéficiaires de l'AD en institution d'aides et de soins à séjour continu est une première sur le plan national, même si elle se situait dans la lignée d'une politique gouvernementale qui vise à étudier la satisfaction des usagers de l'AD en général, mais aussi des usagers du système de santé.

Les prestataires n'ont montré aucune réticence face à cette enquête et ont contribué activement à sa réussite.

Les bénéficiaires de l'AD ont accueilli favorablement cette enquête, y ont participé en fonction de leurs conditions de santé et en attendent les conclusions.

Cette enquête de satisfaction présente des limites méthodologiques indiscutables puisqu'elle ne pouvait s'adresser qu'aux personnes bénéficiant de l'AD qui présentaient une dépendance physique leur permettant de supporter une interview d'environ une heure et qui ne présentaient aucuns troubles cognitifs. Cette restriction engendre une impossibilité d'explorer les avis des personnes à très haut niveau de dépendance pour lesquelles le degré de satisfaction peut être plus altéré.

Les résultats présentés dans ce rapport ne constituent donc qu'une image partielle de la satisfaction des personnes dépendantes en institution.

Il ne pourrait être conclu de ce rapport que les résultats de satisfaction de la population étudiée sont transposables au reste de la population non enquêtée. Ils ne peuvent en effet être transposés et être le reflet de l'ensemble de la population hébergée en institution.

Cette étude devrait être complétée par un audit qualitatif de la prise en charge des personnes hautement dépendantes n'ayant pu donner leur avis dans cette enquête de satisfaction. Les autorités publiques auraient alors une vue sur la situation des soins dans le cadre de l'AD.

Pour ce qui concerne la population enquêtée, les taux de satisfaction sont en général très élevés quelque soit les domaines investigués. Les personnes jugent leur qualité de vie bonne ou très bonne au sein des institutions. Elles disposent d'aides techniques suffisantes. Toutefois seulement 63 % recommanderaient leur institution, témoignage que des améliorations sont attendues de la part des résidents.

Certaines dimensions sont plus nuancées et doivent donc interpeller les gestionnaires de l'AD. En effet, les taux de satisfaction élevés peuvent être conditionnés par le fait que la personne dépendante institutionnalisée limite son expression afin de ne pas subir de représailles dans sa prise en charge, car elle devra continuer à vivre dans l'institution bien après que l'enquête soit terminée. C'est pourquoi, les résultats nuancés sont à prendre en considération, ainsi que les nombreux commentaires ajoutés par les personnes rencontrées.

Certains domaines méritent de l'attention car ils peuvent faire l'objet d'amélioration :

- Les temps de communication entre soignants et bénéficiaires sont jugés insuffisants, d'autant que les attentes des résidents en matière de communication sont élevées.

- Les compétences linguistiques des équipes sont à renforcer pour avoir une adéquation entre les besoins des bénéficiaires et les ressources mises à disposition.
- L'organisation des soins pourrait être encore développée notamment en termes d'information du bénéficiaire sur ses soins.
- L'organisation imprime parfois des modèles de fonctionnement pouvant être défavorables au maintien de l'autonomie.
- La gestion de la douleur pourrait être développée.
- Un pourcentage de personnes présente des signes d'anxiété et de dépression qui mériteraient d'être explorés.
- Le respect des droits des bénéficiaires ne sont pas garantis dans toutes les dimensions.
- Certains organes font défaut au sein des institutions pour garantir l'implication des résidents, l'implication de leurs proches, ainsi que la prise en charge des conflits éthiques pouvant se poser dans de telles structures.
- Des efforts d'information, de transparence doivent être mis en œuvre pour permettre à tout citoyen et à tout bénéficiaire de l'AD d'effectuer des choix.

Ce rapport fait l'objet de propositions pouvant permettre de soutenir certaines améliorations. Elles concernent aussi bien les autorités publiques que la CEO ou les institutions.

Force est de constater qu'en plus de dix années de développement de l'AD, les autorités publiques et les professionnels ont considérablement investi pour mettre en œuvre une prise en charge innovante, structurée des personnes dépendantes. L'enjeu initial est aujourd'hui une réalité au quotidien. Les personnes dépendantes au Luxembourg, en institution, bénéficient d'un système de prise en charge structuré, reposant sur une analyse individuelle de leurs besoins. Les institutions tentent de répondre par des politiques de prise en charge qui continuent d'évoluer.

Cette étude a le mérite de mettre en lumière la réussite de ce qui a déjà été atteint, mais de pointer aussi quelques axes pouvant encore être développés dans l'avenir. Ce rapport valorise le travail accompli et met en exergue des potentialités de développement continu.

Toutefois, plusieurs propositions s'ancrent dans un esprit de mutualisation des ressources sur le plan national afin d'éviter que les efforts soient à déployer par tous. Il est certain que les quelques points de développement sont des objectifs atteignables par les acteurs, au regard de l'immense travail déjà accompli.

L'avenir se jouera plus sur les approches et concepts désormais, que sur les moyens réellement à mettre en œuvre, même si sur le plan technique quelques systèmes organisés peuvent aider certaines évolutions à se mettre en place.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale aux institutions d'aides et de soins.

Annexe 2 : Lettre du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale aux personnes tirées au sort pour invitation à participer

Annexe 3 : Lettre d'information au participant en allemand

Annexe 4 : Lettre d'information au participant en français

Annexe 5 : Consentement du participant en allemand

Annexe 6 : Consentement du participant en français

Annexe 7 : Questionnaire aux participants en allemand

Annexe 8 : Questionnaire aux participants en français

Annexe 9 : Questionnaire aux directions

Annexe 1

Section 1.01

Luxembourg, le
21 juillet 2009

Madame, Monsieur,

Ainsi que cela a été fait en 2006 pour les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance à domicile, le gouvernement a estimé qu'il était important, après plusieurs années de fonctionnement de l'assurance dépendance, de s'interroger sur la satisfaction des bénéficiaires en établissement d'aides et de soins à séjour continu.

Pour cette raison, il a décidé de confier la réalisation d'une étude au Centre d'Etudes en Santé du CRP-Santé (Centre de Recherche Public de la Santé).

Dans les prochains jours ou prochaines semaines, vous serez contacté(e) par un enquêteur du CRP-Santé qui vous informera de son passage dans votre établissement afin d'y rencontrer les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance qui font partie de l'échantillon de l'étude. Chacune de ces personnes va recevoir une lettre personnelle pour l'informer de la visite de l'enquêteur.

Cette étude est une évaluation globale de la satisfaction des personnes dépendantes en établissement. Elle s'adresse aux pensionnaires de l'établissement. Son objectif est de permettre aux personnes dépendantes de s'exprimer sur leur vie dans l'établissement, les soins qu'elles y reçoivent, leurs occupations etc. Cette étude porte sur les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance et non sur l'établissement. Elle n'est pas un contrôle et n'a pas pour but de décrire ou de comparer des établissements. Le questionnaire de l'étude est joint à ce courrier.

La participation des personnes à l'enquête est volontaire. Toutes les réponses données au questionnaire par les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance sont confidentielles et seront traitées de façon anonyme.

D'avance, nous vous remercions pour l'appui que vous accorderez à cette étude et l'accueil que vous réserverez à l'enquêteur du CRP-santé et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

La Directrice du Centre d'Etudes
en Santé

Mars Di Bartolomeo
Annexe : questionnaire de l'étude

Marie-Lise Lair

Annexe 2

Section 1.02

Luxembourg,
date de la poste

Madame, Monsieur,

Ainsi que cela a été fait en 2006 pour les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance à domicile, le gouvernement a estimé qu'il était important, après plusieurs années de fonctionnement de l'assurance dépendance, de s'interroger sur la satisfaction des bénéficiaires en établissement d'aides et de soins.

Pour cette raison, il a décidé de confier la réalisation d'une étude au CRP-santé (Centre de recherche public- Santé)

Vous êtes bénéficiaire de l'assurance dépendance et vous faites partie de l'échantillon qui a été choisi pour participer à cette étude. Votre nom et votre adresse ont été tirés au hasard dans l'ensemble du fichier des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Dans les prochains jours, vous serez contacté par un enquêteur qui vous posera des questions et vous demandera votre avis sur votre vie dans l'établissement, les soins que vous recevez , sur vos occupations... Les questions qui vous seront posées ne sont ni compliquées ni fatigantes.

Votre avis est très important car il permettra de voir ce qu'il faut améliorer dans le fonctionnement de l'assurance dépendance. En acceptant de participer à l'étude, vous rendrez un grand service à toutes les personnes dépendantes. Néanmoins, votre participation à l'enquête reste volontaire.

Quelle que soit la décision que vous prendrez, elle n'aura aucune influence sur les prestations que vous recevez de l'assurance dépendance.

Toutes les réponses que vous donnerez au questionnaire sont confidentielles et seront traitées de façon anonyme.

D'avance, nous vous remercions pour l'accueil que vous réserverez à l'enquêteur du CRP-santé et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

La Directrice du Centre d'Etudes
enSanté

Mars di Bartolomeo

Marie- Lise Lair

Annexe 3

Informationsblatt für den Teilnehmer

„Bewertung der Zufriedenheit abhängiger Personen, die in Alters- oder Pflegeheimen wohnen“

Sie sind eingeladen an einer Forschungsstudie über die „Zufriedenheit abhängiger Personen, die in Alters- oder Pflegeheimen wohnen“, teilzunehmen. Diese Studie wurde vom Minsiterium für Sozialversicherung in Auftrag gegeben und wird von der „Cellule d'Évaluation et d'Orientation“ der Pflegeversicherung organisiert. Der „Centre de Recherche Public de la Santé“ (CRP-Santé) wurde ausgesucht um die Bewertungsgespräche mit den Teilnehmern der Studie durchzuführen. Dieses Dokument dient dazu, Sie besser zu informieren, damit Sie ihr Einverständnis oder ihre Ablehnung zu dieser Studie geben können.

Das Minsiterium für Sozialversicherung und die „Cellule d'Évaluation et d'Orientation“ der Pflegeversicherung wollen die Zufriedenheit der Personen, die in Alters- oder Pflegeheimen wohnen, bewerten.

Anhand dieser Studie will die Pflegeversicherung **Ihre Meinung** über die Qualität der Pflege und die zu verbessernden Bereiche kennen lernen. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt, den Sie während eines Gespräches beantworten sollen.

Die Informationen die während der Studie gesammelt werden, werden anonym und streng vertraulich aufbewahrt. Sie werden in keinem Fall an das Alters- oder Pflegeheim, in dem Sie wohnen, weitergegeben. Sie können also beruhigt auf die Fragen antworten. Die Datenbearbeitung, die rein statistischer Natur ist, verläuft ebenfalls anonym.

Ihre Teilnahme ist wichtig, da Sie an der Quelle der Informationen sitzen, die wir benötigen und die Ergebnisse dieser Studie werden es erlauben, Vorschläge zur Betreuung abhängiger Menschen in Pflege- und Altersheimen bei der Staatsgewalt vorzubringen.

Ihre Teilnahme besteht auf freiwilliger Basis. Es steht Ihnen natürlich völlig frei das Interview, das ich Ihnen vorschlage zu verweigern. Wenn Sie sich dazu entscheiden an der Studie teilzunehmen, können Sie zu jedem Moment aussteigen. Wenn Sie zusagen an der Studie teilzunehmen, lesen Sie bitte die Einwilligungserklärung, füllen Sie sie aus und unterschreiben sie.

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme.



Annexe 4

Feuille d'information au participant

«Évaluation de la satisfaction des personnes dépendantes vivant dans des maisons de soins ou des centres intégrés pour personnes âgées»

Vous êtes invité(e) à prendre part à une étude de recherche sur la «satisfaction des personnes dépendantes vivant dans des maisons de soins ou des centres intégrés pour personnes âgées», demandée par le Ministère de la Sécurité Sociale et organisée par la Cellule d'Évaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance. Le Centre de Recherche Public de la Santé (CRP-Santé) a été choisi pour réaliser les entretiens d'évaluation avec les personnes participant à l'étude. Ce document est destiné à mieux vous informer, de telle manière à ce que vous puissiez donner votre consentement ou refuser de participer à cette étude.

Le Ministère de la Sécurité Sociale et la Cellule d'Évaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance souhaitent évaluer la satisfaction des personnes vivant dans des maisons de soins ou des centres intégrés pour personnes âgées.

Par le biais de cette enquête, l'assurance dépendance désire connaître **votre avis** sur la qualité des soins et sur les domaines à améliorer. À cette fin, un questionnaire a été développé, auquel il vous sera demandé de répondre au cours d'un entretien avec une enquêtrice.

Les informations recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et strictement confidentielle. Elles ne seront en aucun cas retransmises à la maison de soins ou le centre intégré qui vous héberge. Vous pourrez donc répondre aux questions en toute tranquillité. Le traitement des données, de nature purement statistique, se fera de manière anonyme.

Votre participation est importante, car vous êtes à la source des informations dont nous avons besoin et les résultats de ce projet permettront d'émettre des recommandations auprès des autorités publiques sur la prise en charge des personnes dépendantes dans des maisons de soins ou des centres intégrés.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes bien sûr tout à fait libre de refuser l'interview que je vous propose. Si vous décidez de participer à cette étude, vous pourrez vous retirer à tout moment. Si vous acceptez de participer, veuillez lire, puis remplir et signer le « consentement libre et éclairé ».

Nous vous remercions pour votre participation.

Annexe 5

Einwilligungserklärung

„Bewertung der Zufriedenheit abhängiger Personen, die in Alters- oder Pflegeheimen wohnen“

Ich Unterzeichneter, bestätige hiermit, dass ich genügend Informationen in Bezug auf die Studie von Seiten des Forschers bekommen habe. Ich habe das beiliegende Informationsblatt gelesen und den Sinn verstanden.

Ich bin mir darüber bewusst, dass die Teilnahme an der Studie völlig freiwillig ist und dass ich das Interview zu jeder Zeit abbrechen kann, ohne dadurch Schaden davon zu tragen .

Meine persönlichen Daten werden streng vertraulich behandelt, wie durch das Gesetz des 2. August 2002, zum Schutz der persönlichen Daten, vorgesehen. Ich verstehe den Grund, weshalb diese Daten im Rahmen der Studie gesammelt, bearbeitet und benutzt werden.

Ich willige nach eigenem Ermessen ein, an der Studie teilzunehmen und die Bedingungen, wie sie im Informationsblatt beschrieben sind, zu befriedigen.

Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin : _____

Unterschrift des Teilnehmers/derTeilnehmerin : _____

Datum : ____/____/____

Formulaire de consentement éclairé

«Évaluation de la satisfaction des personnes dépendantes vivant dans des maisons de soins ou des centres intégrés pour personnes âgées»

Je soussigné(e), confirme par la présente que j'ai reçu suffisamment d'informations concernant cette étude de la part de l'investigateur. J'ai lu la feuille d'information attachée et en ai compris le sens.

Je suis conscient(e) que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela me pose préjudice.

Mes données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle, comme prévu par la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données personnelles. Je comprends les raisons pour lesquelles ces données sont collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude et de satisfaire aux conditions telles qu'elles sont décrites dans la feuille d'information attachée.

Nom du résident ou de la résidente : _____

Signature du résident(e) : _____

Date : ____/____/____

Annexe 7

QUESTIONNAIRE DU BÉNÉFICIAIRE DE L'AD

IDENTIFICATION (données sociodémographiques)

Date de l'enquête : ____/____/____

Numéro du questionnaire : ____

1. Sexe ?

☐ masculin ☐ féminin
2. Quel âge avez-vous ? ____ ans
3. Quelle est votre nationalité ? _____
4. Quelle est votre langue maternelle ? _____
5. Quel est votre état civil ?

☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire ☐ NP

LA PERSONNE ET L'INSTITUTION

6. Depuis quand habitez-vous dans cette maison de soins (année d'entrée)?

 _____ ☐ NP
7. Avez-vous déjà séjourné dans un autre établissement auparavant ?

☐ oui ☐ non ☐ NP
8. type de chambre

☐ simple ☐ double

☐ avec SDB ☐ sans SDB

☐ avec WC particulier ☐ sans WC particulier ☐ NP
9. Qui a pris l'initiative de votre entrée dans cet établissement ?

☐ vous-même ☐ vos enfants

☐ votre conjoint ☐ un autre membre de votre famille

☐ l'assistante sociale ☐ votre tuteur

☐ autre _____ ☐ NP

10. Dans quelles circonstances êtes-vous entré(e) dans cet établissement ?
☐ après une hospitalisation
☐ après le décès de mon conjoint
☐ en raison d'une maladie sans hospitalisation
☐ par prudence en prévision de ma vieillesse
☐ autres _____ ☐ NP
11. Si vous n'avez pas pris l'initiative de venir dans cet établissement, avez-vous eu votre mot à dire pour le choix ?
☐ oui ☐ non ☐ NP
12. Combien de temps avez-vous attendu pour avoir une place dans cet établissement ?
☐semaines
☐mois
☐années ☐ NP

PRIX DE PENSION

13. Connaissez-vous le prix que vous payez par mois pour votre hébergement ?
☐ oui ☐ non (Q15) ☐ NP
14. Sans indiscretion, quel prix payez-vous pour votre hébergement : _____ Euros ☐ NP
15. Contenu du prix de pension : Êtes-vous informé(e) sur ce qui est couvert par le prix que vous payez vous-même à l'établissement ?
☐ oui ☐ non (Q17) ☐ NP
16. Pouvez-vous préciser ce qui est compris ?

17. Compte tenu de ce qui vous est offert, ce prix vous paraît-il
☐ très élevé ☐ élevé ☐ approprié
☐ bas ☐ très bas ☐ NP
18. Savez-vous si vous devez payer des suppléments au prix de pension mensuelle ?
☐ oui ☐ non ☐ NP
 Lesquels ? _____

ÉVALUATION ASSURANCE DÉPENDANCE

19. Avez-vous déjà rencontré un évaluateur de la CEO ?
☐ oui ☐ non ☐ NP
20. Avez-vous reçu la décision de l'AD ?
☐ oui ☐ non ☐ NP

JOURNÉE TYPE DANS L'ÉTABLISSEMENT

21. Pouvez-vous me décrire une journée type que vous passez dans cet établissement ?

ADMISSION (Q22-24 : seulement à poser si moins d'un an dans l'établissement)

22. Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil que vous avez reçu dans l'établissement ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)
23. Êtes-vous satisfait(e) des informations que vous avez reçues sur l'institution, les procédures à suivre et les services offerts par l'établissement lors de votre arrivée ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)
24. Vos droits et vos responsabilités vous ont-ils été expliqués lors de votre entrée ?
☐ oui ☐ non ☐ NP

LOCAUX

25. Êtes-vous satisfait(e) de vos conditions de logement (grandeur, luminosité) ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)
26. Êtes-vous satisfait(e) de la propreté des locaux de votre espace privé ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)
27. Êtes-vous satisfait(e) de l'aménagement des salles communautaires (restaurant, salle de télévision,...) ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)
28. Êtes-vous satisfait(e) de l'aménagement intérieur pour vos déplacements dans la résidence (repérage des locaux, accessibilité,...) ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)
29. Êtes-vous satisfait(e) de l'aménagement extérieur pour vos déplacements autour de la résidence ?
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e) ☐ NP
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)

30. Êtes-vous satisfait(e) de l'environnement de la résidence (parc, ...) ?
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| ☐ très satisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ insatisfait(e) | ☐ très insatisfait(e) | ☐ NP |

REPAS

31. Est-ce que vous pouvez choisir entre plusieurs menus ?
- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ oui | ☐ non | ☐ NP |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
- Commentaire_____

32. Êtes-vous satisfait(e) de la variété des repas ?
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| ☐ très satisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ insatisfait(e) | ☐ très insatisfait(e) | ☐ NP |
- Commentaire_____

33. Êtes-vous satisfait(e) de la qualité des repas ?
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| ☐ très satisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ insatisfait(e) | ☐ très insatisfait(e) | ☐ NP |
- Commentaire_____

34. Êtes-vous satisfait(e) de la quantité servie dans vos assiettes?
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| ☐ très satisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ insatisfait(e) | ☐ très insatisfait(e) | ☐ NP |

35. Est-ce que vous pouvez choisir de manger dans votre chambre ou dans la salle de restauration ?
- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ oui | ☐ non | ☐ NP |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

36. Est-ce que vous pouvez manger à l'extérieur de l'établissement si vous le désirez ?
- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ oui | ☐ non | ☐ NP |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

LINGE

37. Votre linge est-il lavé par l'établissement ou par votre famille ?
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| ☐ établissement | ☐ famille (Q39) | ☐ NP |
|--|--|-----------------------------|

38. S'il est lavé par l'établissement, êtes-vous satisfait(e) du résultat ?
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| ☐ très satisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ insatisfait(e) | ☐ très insatisfait(e) | ☐ NP |

SÉCURITÉ

39. Vous sentez-vous en sécurité dans l'établissement et dans votre unité ?
- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ oui | ☐ non | ☐ NP |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

ACTIVITÉS DE LOISIR

40. L'établissement vous propose-t-il des activités de loisir?
☐oui ☐non ☐NP
41. Estimez-vous avoir assez d'activités physiques ?
☐oui ☐non ☐NP
42. Êtes-vous satisfait(e) du type d'activités proposées ?
☐très satisfait(e) ☐satisfait(e)
☐insatisfait(e) ☐très insatisfait(e) ☐NP
43. Êtes-vous satisfait(e) de la fréquence des ces activités ?
☐très satisfait(e) ☐satisfait(e)
☐insatisfait(e) ☐très insatisfait(e) ☐NP
44. Pouvez-vous pratiquer vos croyances religieuses ?
☐oui ☐non ☐NP
45. En êtes-vous satisfait(e)?
☐très satisfait(e) ☐satisfait(e)
☐insatisfait(e) ☐très insatisfait(e) ☐NP

COMMUNICATION

46. Est-ce que vos vœux et vos choix sont respectés ?
☐toujours ☐assez souvent
☐peu souvent ☐jamais ☐NP
47. Êtes-vous traité(e) comme un(e) adulte ?
☐toujours ☐assez souvent
☐peu souvent ☐jamais ☐NP
48. Le personnel respecte-t-il l'intimité des personnes âgées (portes fermées, frapper à la porte, pas de tutoiement) ?
☐toujours ☐assez souvent
☐peu souvent ☐jamais ☐NP

49-57. Le personnel soignant :

	tout le temps	la plupart du temps	parfois	jamais	NP
- est-il gentil avec vous ?					
- est-il respectueux de votre milieu de vie et de vos affaires personnelles ?					
- prend-il le temps de vous écouter?					
- est-il accueillant?					
- est-il disponible ?					

- est-il discret?					
- est-il consciencieux?					
- prend-il le temps de vous parler pendant les soins ?					
- prend-il le temps de vous parler après les soins ?					

58. À votre avis, quelles sont les trois qualités les plus importantes pour un soignant ? _____ ☐ NP
59. De manière générale, que voudriez-vous voir s'améliorer chez les soignants ? _____ ☐ NP
60. D'une manière générale, que dites-vous de la confiance que vous avez vis-à-vis des soignants ?
☐ vraiment confiance ☐ une certaine confiance ☐ NP
☐ confiance limitée ☐ pas de confiance
61. Avez-vous déjà eu des raisons d'être mécontent ? ☐ NP
☐ oui ☐ non (Q65)
 Lesquelles ? _____
62. Comment avez-vous réagi ? ☐ NP
☐ je me suis plaint(e) auprès du soignant
☐ je me suis plaint(e) auprès du chef de service
☐ je me suis plaint(e) auprès de la direction
☐ je me suis plaint(e) auprès de mes enfants
☐ je n'ai rien fait (Q64)
63. Avez-vous observé des changements suite à votre intervention ? ☐ NP
☐ oui ☐ non
 (Continuer avec Q65)
64. Si vous n'avez rien fait, pourquoi ? ☐ NP
☐ cela ne sert à rien
☐ je suis trop fatigué(e)
☐ j'avais peur des répercussions
☐ je ne savais pas à qui m'adresser
☐ j'ai déjà fait l'expérience mais je n'étais pas écouté(e)
☐ j'avais peur que le soignant n'ait des problèmes
65. Êtes-vous satisfait(e) de l'ambiance générale dans cette institution ? ☐ NP
☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e)
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e)

66. Combien de fois par semaine recevez-vous de la visite de votre famille ou de vos amis ?

- ☐ 1fois/semaine ☐ 2-3fois/semaine
☐ 4-5fois/semaine ☐ tous les jours ☐ NP ☐ NA

67. Êtes-vous satisfait(e) de vos contacts sociaux avec l'extérieur de l'établissement ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP ☐ NA

68. Peut-on vous rendre visite à tout heure ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP ☐ NA

SOINS

69. Avez-vous un planning journalier de vos soins ?

- ☐ oui ☐ non (Q73) ☐ NP

70. Ce planning vous satisfait-il ?

- ☐ très satisfait(e) ☐ satisfait(e)
☐ insatisfait(e) ☐ très insatisfait(e) ☐ NP

71. Les soignants respectent-ils les fourchettes horaires convenues ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP

72. Êtes-vous prévenu(e) lorsque le soignant ne peut pas respecter la fourchette convenue ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP

73. Savez-vous généralement quel soignant fera vos soins ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP

74. Lorsque le soignant est remplacé, êtes-vous généralement prévenu(e) ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP

75. Pouvez-vous demander d'être soigné(e) par le soignant de votre choix ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP

76. Pouvez-vous refuser qu'un soignant vous fasse vos soins ?

- ☐ oui ☐ non ☐ NP

77. Préférez-vous être soigné(e) par ?

- ☐ un homme ☐ une femme
☐ je n'ai pas de préférence ☐ NP

78. Avez-vous déjà eu un soignant qui ne parlait aucune des langues que vous maîtrisez ?

- ☐ oui ☐ non (Q80) ☐ NP

79. Est-ce que cela vous a gêné ?

☐oui

☐non

☐NP

80. Rencontrez- vous des problèmes lorsque le soignant ne parle pas

	aucune difficulté	quelques difficultés	beaucoup de difficultés
Le luxembourgeois			
Le français			
L'allemand			
Le portugais			

81. Comment qualifierez-vous la manière dont l'information vous concernant passe entre les différents soignants ? Vous diriez plutôt que l'information vous concernant est :

☐tout le temps transmise

☐la plupart du temps transmise

☐parfois transmise

☐rarement transmise

☐NP

82. Les soins dont vous bénéficiez sont-ils notés dans un document qui vous est accessible dans votre chambre? (carnet de soin)

☐oui

☐non (Q84)

☐NP

83. Comprenez-vous ce qui est noté par le soignant ?

☐oui

☐non

☐NP

84-90. Le personnel soignant :

	tout le temps	la plupart du temps	parfois	jamais	NP
- a-t-il bonne présentation ?					
- respecte-t-il les règles d'hygiène ?					
- vous semble-t-il toujours suffisamment qualifié ?					
- prend-il son temps pour vous apporter les soins ?					
- s'applique-t-il pour vous apporter les soins ?					
- comprend-il la situation dans laquelle vous êtes ?					
- travaille-t-il calmement ?					

91-98. Êtes-vous satisfait(e):

	très satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	très insatisfait(e)	NP	NA	souhait d'aide
- de la manière dont ils vous aident pour vous laver ?							
- de la manière dont ils vous aident pour aller aux toilettes ?							
- de la manière dont ils vous aident pour manger/boire ?							
- de la manière dont ils vous aident à vous lever/coucher/ asseoir ?							
- de la manière dont ils vous aident à vous déplacer ?							
- des soins et services de santé que vous recevez ?							
- des transports ?							
- de la manière dont se passent les sorties ?							

99. Auriez-vous préféré recevoir plus d'aide pour un des actes cités ci-dessus ?

☐ oui (dernière colonne Q91-98)

☐ non

☐ NP

100. Le personnel est-il en général rapide pour répondre aux sonnettes ?

☐ oui

☐ non

☐ NP ☐ NA

101. Êtes-vous satisfait(e) des informations et des explications que vous recevez concernant vos examens et traitements ?

☐ très satisfait(e)

☐ satisfait(e)

☐ insatisfait(e)

☐ très insatisfait(e)

☐ NP

102. Êtes-vous satisfait(e) des informations et des explications que vous recevez concernant votre état de santé ?

☐ très satisfait(e)

☐ satisfait(e)

☐ insatisfait(e)

☐ très insatisfait(e)

☐ NP

103. Est-ce que vous prenez des médicaments?

☐ oui

☐ non (Q106)

☐ NP

104. Est-ce que vous prenez vos médicaments de façon autonome ?

☐ oui (Q106)

☐ non

☐ NP

105. Les recevez-vous à temps ?

☐oui

☐non

☐NP

106. Dans la mesure de vos possibilités physiques, avez-vous le sentiment de pouvoir décider seul(e) ou de participer autant que vous le souhaitez aux décisions concernant

	oui	non	NP	NA (si tuteur)
- vos soins ?				
- vos ressources financières ?				
- vos activités à l'intérieur de l'établissement ?				

107. Pouvez-vous vous lever et vous coucher (manger, sortir) à l'heure désirée ?

☐oui

☐non

☐NP

108. Pouvez-vous vous déplacer comme vous le souhaitez à l'intérieur de l'établissement ?

☐oui

☐non

☐NP ☐NA

109. Le délai pour voir un médecin, si nécessaire, vous satisfait-il?

☐très satisfait(e)

☐satisfait(e)

☐insatisfait(e)

☐très insatisfait(e)

☐NP

110. Avez-vous des douleurs ?

☐oui

☐non (Q112)

☐NP

111. Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge de votre douleur ?

☐très satisfait(e)

☐satisfait(e)

☐insatisfait(e)

☐très insatisfait(e)

☐NP

AIDES TECHNIQUES

112. Est-ce que vous pouvez disposer d'aides techniques (p.ex. une chaise roulante,...) ?

☐oui

☐non (Q121)

☐NA (Q121)

☐NP

113-118. Avez-vous reçu l'une des aides techniques suivantes? Et l'utilisez-vous ?

	oui	non	oui	non	parfois
Fauteuil roulant					
Fauteuil roulant électrique					
Canne ou cadre de marche					
Aides visuelles (p.ex : loupes)					
Aides auditives					
autres ? _____					

(Si non partout, Q121)

119. Lorsque vous avez reçu votre aide technique, avez-vous reçu des explications pour vous permettre de l'utiliser ?

☐oui ☐non (Q121) ☐NP

120. Pour bien utiliser l'aide technique, ces informations étaient-elles :

☐suffisantes ☐insuffisantes
☐tout à fait insuffisantes ☐NP

SENTIMENT GLOBAL DE BIEN-ÊTRE

121. Vous sentez-vous seul(e) dans cet établissement?

☐très seul(e) ☐seul(e)
☐pas seul(e) du tout ☐NP

122. Vous sentez-vous autonome ?

☐très autonome ☐autonome
☐pas du tout autonome ☐NP

SATISFACTION GÉNÉRALE

123. Vous sentez-vous chez vous/à l'aise dans l'établissement et dans votre unité?

☐tout à fait ☐presque
☐plutôt non ☐pas du tout

124. Recommanderiez-vous cette résidence à une autre personne ?

☐sûrement ☐probablement
☐sans doute pas ☐sûrement pas

Pourquoi ? _____

125. En général êtes-vous satisfait(e) de cet établissement ?

☐très satisfait(e) ☐satisfait(e)
☐insatisfait(e) ☐très insatisfait(e) ☐NP

QUALITÉ DE VIE

126. Comment évalueriez-vous votre qualité de vie ?

☐très mauvaise ☐mauvaise
☐ni bonne ni mauvaise ☐bonne
☐très bonne ☐NP

127. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre état de santé ?

☐très insatisfait(e) ☐insatisfait(e)
☐ni satisfait(e) ni insatisfait(e) ☐satisfait(e)
☐très satisfait(e) ☐NP

128. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à réaliser vos activités de la vie de tous les jours ?

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| ☐ très insatisfait(e) | ☐ insatisfait(e) | |
| ☐ ni satisfait(e) ni insatisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ très satisfait(e) | | ☐ NP |

129. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de vous-même ?

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| ☐ très insatisfait(e) | ☐ insatisfait(e) | |
| ☐ ni satisfait(e) ni insatisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ très satisfait(e) | | ☐ NP |

130. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de vos relations personnelles ?

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| ☐ très insatisfait(e) | ☐ insatisfait(e) | |
| ☐ ni satisfait(e) ni insatisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ très satisfait(e) | | ☐ NP |

131. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de l'état de votre lieu de vie ?

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| ☐ très insatisfait(e) | ☐ insatisfait(e) | |
| ☐ ni satisfait(e) ni insatisfait(e) | ☐ satisfait(e) | |
| ☐ très satisfait(e) | | ☐ NP |

132. Avez-vous suffisamment d'énergie pour votre vie de tous les jours ?

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| ☐ pas du tout | ☐ un peu | |
| ☐ de façon modérée | ☐ la plupart du temps | |
| ☐ pleinement | | ☐ NP |

133. Avez-vous assez d'argent pour subvenir à vos besoins ?

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| ☐ pas du tout | ☐ un peu | |
| ☐ de façon modérée | ☐ la plupart du temps | |
| ☐ pleinement | | ☐ NP |

SENTIMENTS PERSONNELS

134. Je me sens tendu(e) ou énervé(e).

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ la plupart du temps | ☐ souvent |
| ☐ de temps en temps | ☐ jamais |

135. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ presque toujours | ☐ très souvent |
| ☐ parfois | ☐ jamais |

136. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ oui, tout autant qu'avant | ☐ pas autant |
| ☐ un peu seulement | ☐ presque plus |

137. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.
☐jamais ☐parfois
☐assez souvent ☐très souvent
138. J'ai une horrible sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.
☐oui, très nettement
☐oui, mais ce n'est pas trop grave
☐un peu, mais cela ne m'inquiète pas trop
☐pas du tout
139. Je ne m'intéresse plus à mon apparence.
☐plus du tout
☐je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
☐il se peut que je n'y fasse plus autant d'attention
☐j'y prête autant d'attention que par le passé
140. Je ris et vois le bon côté des choses.
☐autant que par le passé ☐plus autant qu'avant
☐vraiment moins qu'avant ☐plus du tout
141. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à me tenir en place.
☐oui, c'est tout à fait le cas ☐un peu
☐pas tellement ☐pas du tout
142. Je me fais du souci.
☐très souvent ☐assez souvent
☐occasionnellement ☐très occasionnellement
143. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.
☐autant qu'avant ☐un peu moins qu'avant
☐bien moins qu'avant ☐presque jamais
144. Je suis de bonne humeur.
☐jamais ☐rarement
☐assez souvent ☐la plupart du temps
145. J'éprouve des sensations soudaines de panique.
☐vraiment très souvent ☐assez souvent
☐pas très souvent ☐jamais
146. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e).
☐quoi qu'il arrive ☐oui, en général
☐rarement ☐jamais

147. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision.
☐souvent ☐parfois
☐rarement ☐très rarement
148. J'ai des difficultés à reconnaître les membres de ma famille et mes amis ?
☐oui ☐non ☐NP
149. J'oublie souvent mes affaires personnelles ?
☐oui ☐non ☐NP
150. Je répète souvent des choses que j'ai déjà raconté ou je pose une même question à plusieurs reprises ?
☐oui ☐non ☐NP
151. Si ma routine journalière change, il m'est difficile de m'adapter aux changements.
☐oui ☐non ☐NP

Auriez-vous des propositions à faire pour améliorer la vie des personnes dépendantes dans cet établissement ? ☐non ☐NP

Propositions : _____

Souhaitez-vous recevoir les résultats globaux de l'étude ?
☐oui ☐non ☐NP

Nous apprécions grandement votre participation très précieuse et nous vous en remercions!

Annexe 8

Enquête auprès des directions des établissements ayant participé à l'enquête de satisfaction

Nom de l'établissement : _____

1. Votre établissement possède-t-il un site Internet ? ☐ oui ☐ non
Si oui, quelle est l'adresse URL : _____

2. Les **critères d'admission** pour être admis dans votre établissement sont-ils disponibles :
 - sur un site internet : ☐ oui ☐ non
si oui lequel ? _____
 - dans un livret d'accueil mis à disposition du public à l'extérieur de l'établissement : ☐ oui ☐ non
 - dans un livret d'accueil disponible dans votre institution : ☐ oui ☐ non
 - seulement discutées oralement à la demande : ☐ oui ☐ non
 - ne sont pas disponibles : ☐ oui ☐ non

3. Les **procédures d'admission** pour être admis dans votre établissement sont-elles disponibles :
 - sur un site internet : ☐ oui ☐ non
si oui lequel ? _____
 - dans un livret d'accueil mis à disposition du public à l'extérieur de l'établissement : ☐ oui ☐ non
 - dans un livret d'accueil disponible dans votre institution : ☐ oui ☐ non
 - seulement discutées oralement à la demande : ☐ oui ☐ non
 - ne sont pas disponibles : ☐ oui ☐ non

4. **Dans les prestations suivantes**, quelles sont celles dont vos résidents peuvent bénéficier :

- coiffeur : ☐ oui ☐ non
 - pédicure : ☐ oui ☐ non
 - bibliothèque : ☐ oui ☐ non
 - animation télévisée : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - films vidéos en groupe: ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - jeux de société organisés en groupe : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - spectacles dans l'institution par animateur (Théâtre, Poésie, ...) : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par an _____
 - chorale : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - gymnastique : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - atelier de mémoire : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - atelier chute : ☐ oui ☐ non
si oui combien de fois par mois _____
 - accès informatique et Internet : ☐ oui ☐ non
 - fête anniversaire du résident : ☐ oui ☐ non
 - fête spéciale (Noël, Pâques, ..) : ☐ oui ☐ non
 - visites de classes primaires ou secondaires chez vous : ☐ oui ☐ non
 - ballades à l'extérieur de l'institution organisées : ☐ oui ☐ non
 - autres : précisez lesquelles : _____
-

5. Dans votre institution, existe-t-il un **comité des résidents** ? ☐ oui ☐ non

si oui, combien de fois par an se réunit-il ? _____

si oui, quel est son rôle ? _____

6. Dans votre institution, existe-il un **comité des familles** ? ☐ oui ☐ non

si oui, combien de fois par an se réunit-il ? _____

si oui, quel est son rôle ? _____

7. Dans votre institution, existe-il un **comité d'éthique** ou avez-vous recours à un comité éthique externe ? ☐ oui ☐ non
si oui, il est composé de quelles fonctions ? _____

si oui, il intervient pour quel type de situations ? _____

8. Dans votre institution, **avec qui est discuté le plan de prise en charge du résident** ?
- avec le résident s'il n'a pas de troubles cognitifs ou si sa situation de santé lui permet : ☐ oui ☐ non
- systématiquement avec la famille du résident ou un proche si le résident en a un ☐ oui ☐ non
si oui, combien de fois par an, le plan de prise en charge est-il discuté : _____
9. Dans votre institution, quel est le **nombre de menus offerts au résident**, en dehors des menus thérapeutiques (diabétique ou autre) :
- le midi : _____
- le soir : _____
10. Dans votre institution, **le résident a-t-il le choix si son état de santé le lui permet, de prendre son repas** :
- dans son espace privé : ☐ oui ☐ non
- au restaurant de l'institution : ☐ oui ☐ non
- dans un espace réservé spécialement pour lui avec ses proches : ☐ oui ☐ non
- à l'extérieur de l'institution : ☐ oui ☐ non
11. Dans votre institution, quels sont les **horaires des repas** :
- petit-déjeuner : _____
- midi : _____
- soir : _____
12. Dans votre institution, possédez-vous un **véhicule à disposition des résidents** pour se déplacer au sein du Luxembourg ? ☐ oui ☐ non

13. Dans votre institution, **quelles sont les religions pouvant être accessibles aux résidents :**
- religion catholique ☐
 - religion protestante ☐
 - religion juive ☐
 - religion musulmane ☐
 - bouddhisme ☐
 - autre ☐ : _____
14. Dans votre établissement, **comment un résident ou un proche peut-il proposer une idée nouvelle ?** _____

15. Dans votre institution, **comment un résident ou un proche peut-il déposer une plainte ?** _____

- Qui répond à la plainte ? _____
Quel est le délai moyen de réponse à une plainte ? _____
16. Dans votre établissement, parmi la liste suivante des rapports, **quels sont les rapports que vous réalisez chaque année pour votre gestion interne?**
- rapport annuel sur le nombre de résidents décédés : ☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur les escarres : ☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur les infections nosocomiales : ☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur les chutes : ☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur l'évolution es troubles cognitifs des résidents: ☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur les niveaux de dépendance des personnes résidentes :
☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur la gestion de la douleur : ☐ oui ☐ non
 - rapport annuel sur l'utilisation des systèmes de contention : ☐ oui ☐ non
 - autre rapport réalisé : ☐ oui ☐ non
lequel : _____

17. Vous pouvez ici **ajouter des éléments** qui vous semblent devoir être mis en valeur relatifs au fonctionnement de votre institution, en faveur de vos résidents

Date : _____ Signature : _____

Liste des Institutions définies par la CEO

Annexe 9

	Population des centres à séjour continu
Nom	
CENTRE GDE-D.JOSEPHINE CHARLOTTE	
CIPA BOFFERDANGE	
CIPA CENTRE DU RHAM	
CIPA CLAIRE FOYER STE ELISABETH	
CIPA CLAIRE HAAPTMANNS'S SCHLASS	
CIPA CLERVAUX	
CIPA DICKSKOPP (MAISON RETRAITE)	
CIPA DUDELANGE	
CIPA ECHTERNACH	
CIPA ESCH/ALZETTE	
CIPA FONDATION PESCATORE	
CIPA GRENGEWALD	
CIPA HOME P.P.AGEES MAMER	
CIPA HOME P.P.AGEES ST FRANCOIS	
CIPA HOME P.P.AGEES ST JOSEPH	
CIPA HOSPICE CIVIL	
CIPA HOSPICE CIVIL HAMM	
CIPA HOSPICE CIVIL PFAFFENTHAL	
CIPA HOWALD	
CIPA LA FONDATION EMILE MAYRISCH	
CIPA MAISON ST JOSEPH	
CIPA MAREDOC	
CIPA MERTZIG	
CIPA MONPLAISIR	
CIPA NIEDERCORN	
CIPA RESIDENCE DU PARC	
CIPA RUMELANGE	
CIPA ST JEAN DE LA CROIX	
CIPA ST JOSEPH / CARMELITES TERT	
CIPA VIANDEN	
CIPA WILTZ	
ELYSIS MAISON DE SOINS	
ESC MAISON DE SOINS WILTZ	
FONDATION LES PARCS DU 3E AGE	
FOND. LETZ. BLANNENVEREENEGUNG	
MAISON DE SOINS AN DE WISEN	
MAISON DE SOINS BEIM GOLDKNAPP	
MAISON DE SOINS CHNP PAEX	
MAISON DE SOINS DIFFERDANGE	
MAISON DE SOINS ECHTERNACH	
MAISON DE SOINS ESCH/ALZETTE	
MAISON DE SOINS HOME ST FRANCOIS	

MAISON DE SOINS H.SACRE-COEUR	
MAISON DE SOINS NOVELIA	
MAISON DE SOINS OP LAMP	
MAISON DE SOINS STEINFORT	
MAISON DE SOINS VIANDEN	
MAISON SOINS GERONTOPSY/NEUROPSY	
MAISON SOINS ST JOSEPH PETANGE	
SERV. HEBERGEMENT REIMECHER HEEM	