



Rapport détaillé de l'évaluation portant sur la qualité des services pour personnes âgées

En vertu de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées

Date de l'évaluation	21/10/2025 (Interviews entre le 17/10/2025 et le 07/11/2025)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	ZithaServices S.A.
Adresse	30, Rue Sainte Zithe L-2763 LUXEMBOURG
Nom du Service	ZithaMobil
Adresse	13, Rue Michel Rodange L-2430 LUXEMBOURG
Numéro agrément en vigueur	PA/13/11/011
Agents ayant réalisé l'évaluation	Laura MUCK Luana BUSO Sandy RAACH Nuri LEIRO Mélissa BANREZES

Introduction

Le présent rapport est transmis à l'organisme gestionnaire endéans la fin du mois suivant celui de l'évaluation.

Il reprend l'ensemble des éléments constatés lors de l'évaluation, à l'exclusion de toute donnée personnelle, afin de restituer l'évaluation détaillée de la qualité des services destinés aux personnes âgées conformément aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées réalisée par les agents de la cellule Qualité du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil.

Cette évaluation porte sur les catégories et sous-catégories suivantes :

1° Admission de l'usager ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'usager ;

2° Fourniture des prestations et services définis à l'article 18 ;

3° Mise en œuvre du projet d'établissement défini à l'article 24 ainsi qu'établissement et gestion du dossier individuel défini à l'article 27 ;

4° Degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services définis à l'article 18 et au projet d'établissement défini à l'article 24.



Elle vise à déterminer les appréciations portées aux différentes catégories évaluées. Une appréciation « insuffisante » à l'une ou l'autre catégorie induit de fait la mise en place d'un programme de remédiation.

Objectifs du rapport

Dans un contexte où la population âgée représente une part croissante de notre société, garantir des standards élevés de soins, de sécurité et de bien-être est une priorité. L'évaluation de la qualité des services se concentre sur la mesure de différents critères définis par la loi, tout en identifiant les axes d'améliorations et les bonnes pratiques à valoriser.

Ce rapport vise également à servir de référence pour les autorités compétentes, les bénéficiaires et leur famille, et les établissements concernés afin de favoriser la transparence et de soutenir des mesures stratégiques visant à promouvoir une qualité de service optimale pour les personnes âgées.

Préparation de l'évaluation

Documentation

L'organisme gestionnaire a remis l'intégralité des informations documentées demandées dans les délais impartis.

Organisation des interviews

Les agents du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil ont procédé à une évaluation de la satisfaction d'après les critères définis à l'annexe 3 catégorie d) « Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement » de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Un premier panel de potentiels répondants a été sélectionné puis contacté pour proposer l'organisation d'un rendez-vous afin de répondre au questionnaire.

169 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 10 personnes ont répondu au questionnaire sur base volontaire.

Chaque personne interrogée évalue son degré de satisfaction pour chaque critère, sur une échelle de 1 à 5 :

- 5 signifie « tout à fait d'accord » ;
- 4 signifie « d'accord » ;
- 3 signifie « ni d'accord, ni pas d'accord » ;
- 2 signifie « pas d'accord » ;
- et 1 signifie « pas du tout d'accord ».



Les agents en charge de l'évaluation disposent également de deux options supplémentaires pour chaque critère, à savoir :

- NA : « non applicable ». Option sélectionnée lorsque la personne interrogée n'est pas concernée par un critère spécifique eu égard à sa situation personnelle ou ne souhaite pas se prononcer ;
- RI : « réponse inadaptée ». Option sélectionnée lorsque la réponse de la personne interrogée ne permet pas d'obtenir une information cohérente avec la question posée malgré les reformulations et explications des agents.

La sélection de ces options entraîne une neutralisation de la réponse et l'application d'une règle de proportionnalité pour le calcul de la note attribuée au critère.

Les notes attribuées par chaque personne interviewée sont ensuite consolidées pour obtenir une note selon les modalités de calcul suivantes :

- 5 points de qualité si au moins 90% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 4 points de qualité si au moins 80% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 3 points de qualité si au moins 70% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 2 points de qualité si au moins 60% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 1 point de qualité si au moins 50% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 0 points de qualité si moins de 50% personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord.



1. Présentation des résultats et analyse détaillée

Pour rappel, l'attribution des points de qualité se fait sur base des principes suivants :

- Existence d'un concept, d'une procédure, d'une communication ou d'une instruction écrite :
 - o En l'absence de présentation de l'information documentée : 0 points ;
 - o Existence de l'information documentée : 1 point ;
- Critère basé sur l'analyse de dossiers ou interviews :
 - o 5 points de qualité si le critère est rempli pour 100% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 4 points de qualité si le critère est rempli pour au moins 90% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 3 points de qualité si le critère est rempli pour au moins 80% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 2 points de qualité si le critère est rempli pour au moins 70% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 1 point de qualité si le critère est rempli pour au moins 60% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 0 points de qualité si le critère est rempli pour moins de 60% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés.

Cas particuliers

Si le nombre de dossiers étudiés / personnes interviewées pour lesquels était applicable le critère est inférieur à 10 (critère partiellement applicable), alors une règle de proportionnalité est appliquée pour obtenir la note sur 5 points.

Si aucun dossier ne correspond au critère (critère non applicable), alors un recalcul du total des points de la catégorie est fait, pour exclure ce critère sans qu'il n'y ait d'impact sur la notation.

En cas de critère non applicable / partiellement non applicable, l'information est indiquée dans le rapport par la mention « NA » (non applicable). En observation, le nombre de dossiers étudiés ou de personnes interviewées est précisé.

La catégorie d) peut être non applicable dans ces 2 cas :

- moins de 5 usagers ont pu répondre aux critères les concernant. Dans ce cas, les notes y relatives sont conservées pour information dans le tableau qui suit, mais sont neutralisées et n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul des points. Une mention « non applicable » apparaît en conclusion du présent rapport ;
- aucun usager n'a pu répondre aux critères les concernant. Aucune note n'apparaît dans le tableau qui suit et une mention « non applicable » apparaît en conclusion du présent rapport.



1.1. Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
a) Catégorie : Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur				
RAS-A1	Existence d'une procédure écrite d'admission (admission préventive et urgente) du nouvel usager	1/1	Admission et accueil	
RAS-A2	La procédure écrite d'admission des usagers est appliquée	1/5	Admission et accueil	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-A3	Le plan individuel de prise en charge tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A4	Le plan individuel de prise en charge tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A6	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A7	Existence d'un contrat de prise en charge signé à jour	3/5	Admission et accueil	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
b) Catégorie : Fourniture des prestations et services				
RAS-B1	Existence d'une procédure écrite de la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	1/1	Plan individuel de prise en charge	
RAS-B2	Le personnel applique la procédure écrite concernant la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	4/5	Plan individuel de prise en charge	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B3	Le cas échéant, le plan individuel de prise en charge tient compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-B4	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B5	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	0/5	Soins et continuité des soins	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B6	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B7	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-B8	Existence d'une procédure d'annulation d'un passage	1/1	Organisation	
RAS-B9	Le personnel applique la procédure d'annulation d'un passage	5/5	Organisation	
RAS-B10	Existence d'une procédure en cas de retard pour un passage	1/1	Organisation	



RAS-B11	Le personnel applique la procédure en cas de retard pour un passage	5/5	Organisation	
RAS-B12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B14	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	1/1	Sécurité	
RAS-B15	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	4/5	Sécurité	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B16	Existence d'une procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	1/1	Sécurité	
RAS-B17	Le personnel applique la procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	5/5	Sécurité	
RAS-B18	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
RAS-B19	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux usagers	5/5	Organisation	

c) Catégorie : Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel

RAS-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'usager	5/5	Dossier individuel	
RAS-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la vie privée de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter le caractère privé du domicile de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C5	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C7	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'usager, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'usager	4/5	Bienveillance	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C8	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	4/5	Hygiène et sanitaire	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C9	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	4/5	Hygiène et sanitaire	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C10	Existence d'un concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	1/1	Soins et continuité des soins	



RAS-C11	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C12	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C13	Existence d'une procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C14	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C15	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C16	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C17	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	4/5	Bientraitance	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C18	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux usagers, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	5/5	Éthique	
RAS-C19	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'utilisateur, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	
RAS-C20	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	5/5	Gestion des réclamations	
RAS-C21	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	

d) Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement

RAS-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat de prise en charge et le devis suite aux explications données	4/5	Admission et accueil	
RAS-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du projet d'établissement suite aux explications données	5/5	Admission et accueil	
RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-D4	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bientraitance	
RAS-D5	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	5/5	Gestion des réclamations	



RAS-D6	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	5/5	Éthique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
RAS-D7	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication avec le gestionnaire	5/5	Organisation	
RAS-D8	Le personnel est à l'écoute de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D9	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D10	Le personnel est respectueux envers les usagers	5/5	Bienveillance	
RAS-D11	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D12	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D13	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D14	Le personnel respecte le caractère privé du domicile de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D15	Le personnel réagit en temps utile aux appels de l'utilisateur	5/5	Sécurité	
RAS-D16	Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	5/5	Organisation	
RAS-D17	L'utilisateur est satisfait des horaires convenus pour sa prise en charge	5/5	Organisation	
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-D19	L'utilisateur obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile	5/5	Organisation	
RAS-D20	L'utilisateur a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-D21	L'utilisateur et le cas échéant son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aide et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur	5/5	Organisation	

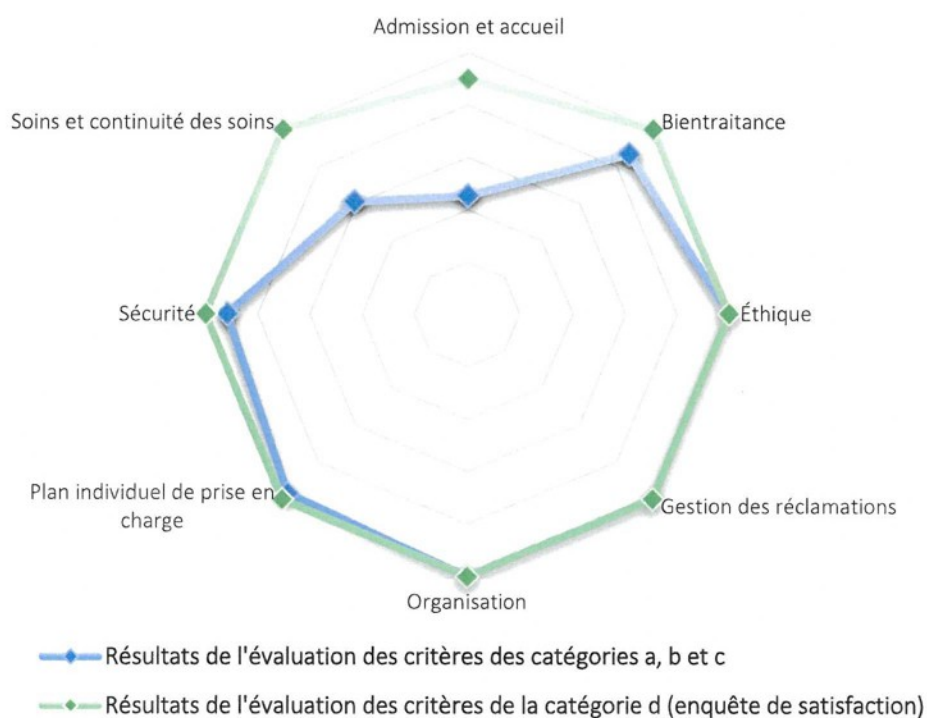


1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

1.2.1. Analyse des résultats par domaine

L'introduction des domaines est un concept élaboré par la cellule Qualité afin de permettre une analyse détaillée plus fine et plus accessible qu'une analyse portant uniquement sur les catégories définies par la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

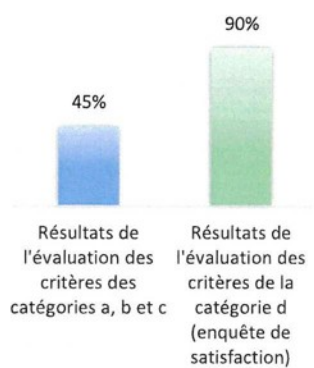
Le dossier individuel et l'hygiène et sanitaire ne font pas l'objet d'une évaluation par l'utilisateur. Il n'y a donc pas de note résultant de la satisfaction de l'utilisateur.



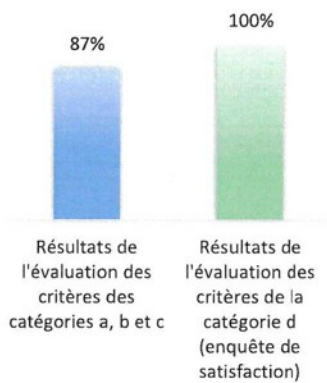
La cellule Qualité constate un niveau de satisfaction très élevé de la part des usagers, malgré certaines disparités relevées entre leur ressenti positif et ce qui a été observé lors de l'évaluation sur la mise en application des procédures. L'analyse détaillée ci-dessous permettra d'apporter des éléments d'explication à ces écarts.



1. Admission et accueil



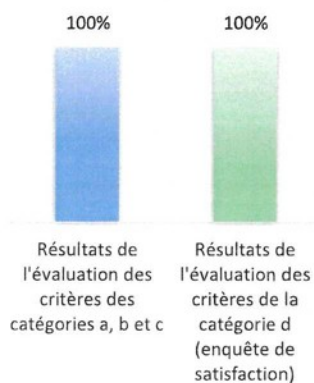
2. Bientraitance



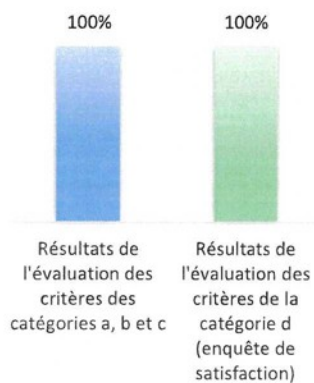
3. Dossier individuel

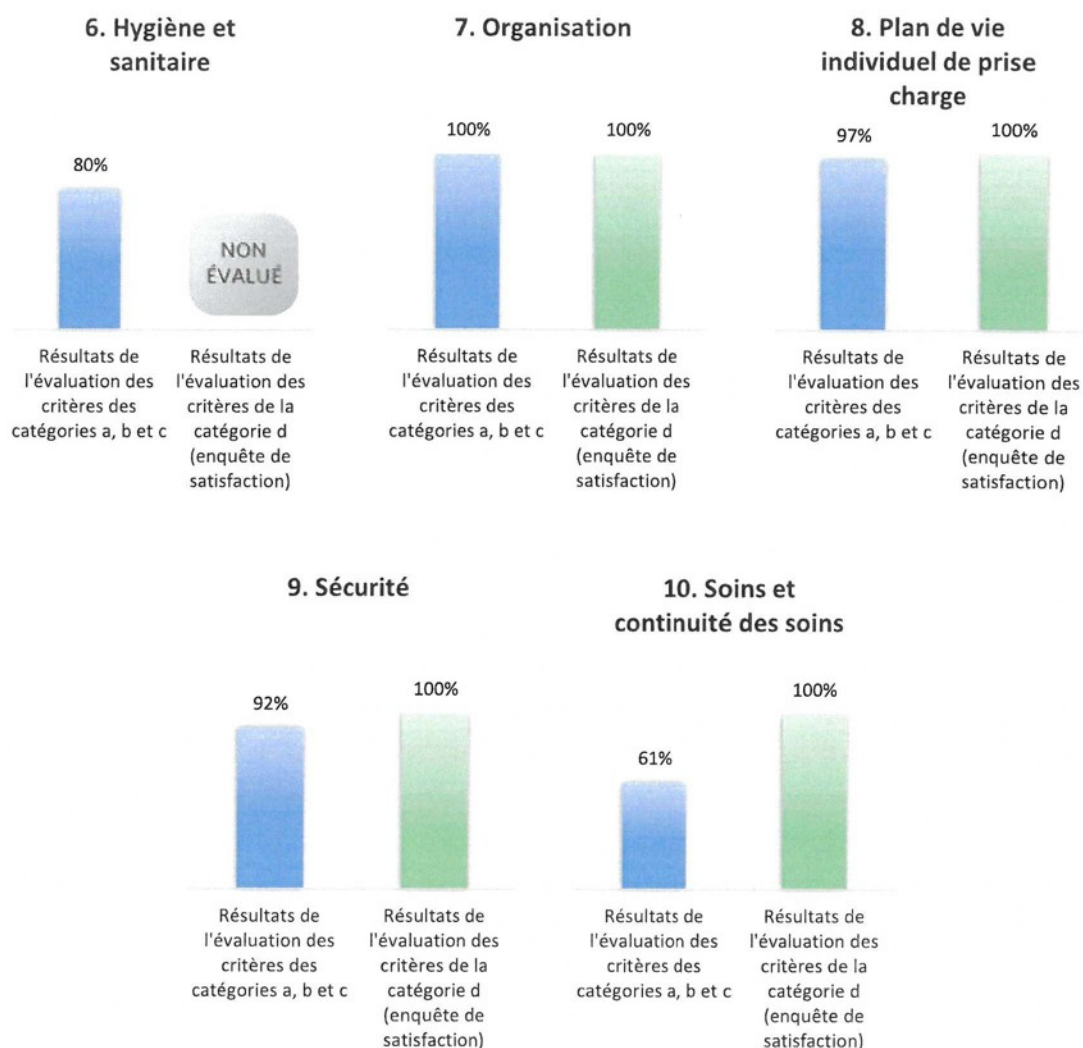


4. Ethique



5. Gestion des réclamations





Les informations qui ressortent de l'analyse des interviews et des données de l'évaluation menée sur base des documents, procédures et autres concepts sont :

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédure écrite d'admission du nouvel usager a été avisée. Puis, la mise en application de la procédure a été évaluée. Lors de l'examen de plusieurs dossiers, il n'a pas été possible de retrouver l'ensemble des éléments attendus conformément à la procédure. Dans deux dossiers, aucune trace documentaire ne permettait d'attester de la réalisation de la visite du coordinateur auprès du client dans la semaine suivant la réception de la demande d'admission. De même, dans deux autres cas, la preuve de la création de la macrocible d'admission n'a pas pu être retrouvée dans le dossier. Ces constats reflètent



uniquement une absence d'information ponctuelle disponible dans la documentation consultée durant l'évaluation.

En règle générale, les contrats de prise en charge sont conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023. Cependant, lors de la vérification sur site, il a été constaté que certains contrats mentionnent des annexes qui ne sont pas toujours présentes ou qui ne sont pas réellement applicables à la situation de l'utilisateur. Cette discordance peut générer une confusion quant aux documents effectivement fournis. Afin de renforcer la cohérence documentaire et d'éviter toute ambiguïté, il serait pertinent d'adapter les annexes aux besoins réels de chaque bénéficiaire ou de préciser clairement lorsqu'elles ne sont pas applicables.

Lors des entretiens avec les usagers, les agents ont demandé si l'utilisateur (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat de prise en charge ainsi que le devis, et le contenu du projet d'établissement sur base des explications données. De manière générale, les résultats sont satisfaisants, les échanges avec les usagers ont confirmé une bonne compréhension de ces éléments. Une faible proportion d'utilisateurs a toutefois exprimé le souhait de disposer d'explications supplémentaires sur certains aspects.

- « **Plan individuel de prise en charge** » : le plan individuel est l'élément central de la prise en charge de l'utilisateur. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une idée globale. Ils ont vérifié l'existence d'une procédure écrite de mise à jour du plan individuel de prise en charge, puis sa mise en application. Ensuite, les agents ont procédé à une analyse de dossiers pour évaluer notamment la prise en compte d'éléments comme les capacités cognitives de l'utilisateur, son degré de dépendance, la prise en compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie, ou encore ses volontés et préférences personnelles, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte son plan de vie individuel.

Les constats de la cellule sont les suivants : dans l'ensemble, l'évaluation de ces critères est très satisfaisante, avec une documentation précise et détaillée. Chaque intervention est décrite de manière détaillée, avec des objectifs clairement définis et temporellement planifiés, ce qui témoigne d'un suivi attentif et structuré des actions menées.

Le réseau étant actuellement en phase de transition vers un nouvel outil de support informatique, il a été observé que les informations peuvent être consignées dans plusieurs emplacements similaires. Dans ce contexte, une standardisation de la documentation, clarifiant de manière explicite quand et quelles informations doivent être inscrites, tout en identifiant clairement les emplacements où elles doivent être enregistrées, permettrait de réduire le risque d'une double documentation, discordante ou incomplète, facilitant ainsi l'accès aux informations. Cette situation est néanmoins connue et déjà prise en compte par le service dans ses objectifs internes.

Les volontés des résidents concernant la fin de vie sont également bien consignées, témoignant que cette thématique est abordée régulièrement, de manière respectueuse et professionnelle par l'équipe.

Lors des échanges avec les usagers interrogés, les agents leur ont demandé s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan individuel de prise en charge et si celui-ci leur apportait de la satisfaction. Les usagers sont très satisfaits de ces deux points.

- « **Soins et continuité des soins** » : la cellule Qualité a évalué de nombreux critères portant sur les éléments suivants, dont les constats détaillés sont :



- *Documentation de soins* : il existe une procédure écrite concernant la documentation des soins. L'évaluation de la mise en application de la procédure indique que celle-ci n'était pas entièrement satisfaisante en ce qui concerne la transmission et la documentation des informations spécifiquement vérifiées. La cellule a examiné la documentation relative au suivi des plaies. Le suivi semble avoir été réalisé, la traçabilité reste partielle pour certaines réfections de pansement. Les photographies de suivi de l'évolution des plaies n'ont pas été systématiquement documentées, et les fiches de consentement associées étaient absentes ou incomplètes dans la majorité des dossiers ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de la mise en application de cette procédure indique un suivi très satisfaisant. Le contrôle des traitements et des changements médicamenteux a confirmé un suivi correct et une bonne cohérence avec les procédures en place ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'utilisateur à un transfert vers le/ au retour du milieu hospitalier, la cellule a évalué sa mise en application. La cellule a aussi avisé les procédures relatives aux communications auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence en milieu hospitalier ou lors du retour de l'utilisateur puis leur mise en application : L'évaluation de la documentation relative aux hospitalisations a montré, dans de nombreux cas, qu'aucune trace ou preuve de l'information communiquée à la famille ou au médecin traitant n'a pu être retrouvée, tant pour les admissions que pour les retours. Cependant, les éléments essentiels relatifs à l'hospitalisation sont consignés dans les dossiers de soins vérifiés par la cellule Qualité ;
- *Concepts spécifiques (résidents atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : une nouvelle version du concept est en cours de rédaction. La philosophie de prise en charge du prestataire s'inspire de différents concepts, dans l'optique de garantir l'individualité de l'approche en fonction des usagers. La vérification de la mise en application des concepts précités est globalement correcte. Toutefois, quelques défauts de traçabilité ont été observés concernant la documentation régulière de l'évaluation de la douleur pour les usagers en fin de vie. Cette irrégularité a eu un impact sur l'appréciation des dossiers concernés, pour lesquels un effort de traçabilité doit être poursuivi, tant ce paramètre demeure essentiel.

Les usagers interrogés ont unanimement exprimé leur satisfaction quant à la qualité des soins qui leur sont prodigués et à l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Ils ont également souligné la compétence du personnel et la qualité des prestations réalisées.

- « **Hygiène et sanitaire** » : les agents de la cellule ont vérifié la mise en application de différentes procédures, à savoir la procédure de prévention et de lutte contre les infections, et la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires. Les résultats observés ont été satisfaisants. Quelques points d'attention ont toutefois été relevés : certains membres du personnel n'ont pas pu répondre de manière suffisamment précise aux questions concernant les équipements de protection à utiliser en cas de maladie transmissible, et un écart ponctuel relatif à l'hygiène des mains a été constaté. Ces éléments ont entraîné la perte de quelques points lors de l'évaluation de ces critères.

Les usagers ne sont pas interrogés sur cette thématique, conformément aux critères définis dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.



- « **Organisation** » : la cellule Qualité a constaté les éléments suivants : l'organigramme à jour a bien été communiqué au personnel et aux usagers. Un plan de formation du personnel existe également. Il existe une procédure d'annulation d'un passage et une procédure en cas de retard pour un passage. L'analyse de leur mise en application est très satisfaisante. Les heures de passage ainsi que les interventions sont correctement documentées et les préférences horaires des usagers sont clairement consultables dans le dossier, permettant un suivi conforme aux attentes et assurant une organisation adaptée.

De plus, le personnel interrogé a démontré une bonne connaissance des obligations liées à la procédure d'annulation et a répondu de manière adéquate aux questions posées par les agents.

Les usagers ont ensuite fait part de leur avis sur différentes thématiques :

- *Respect et satisfaction des horaires convenus* : très satisfaits. Les usagers rapportent qu'ils sont prévenus en cas de retard et que le réseau est généralement ponctuel ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire* : très satisfaits. Les usagers ont notamment souligné l'importance de pouvoir contacter la structure à tout moment de la journée, en étant assurés de recevoir une réponse ou qu'une intervention pourra être organisée si nécessaire ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile* : très satisfaits. Les usagers ont exprimé leur appréciation pour l'aide reçue lors de leurs déplacements, en soulignant que le personnel est toujours disponible et prêt à intervenir en cas de besoin ;
- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur* : très satisfaits.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, et en cas de fugue ou d'utilisateur porté disparu. La mise en application de ces procédures a été évaluée via des échanges avec le personnel et par un échantillonnage des dossiers. Le personnel interrogé au sujet des procédures relatives aux utilisateurs portés disparus a démontré une bonne connaissance des mesures à appliquer et a répondu de manière adéquate aux questions posées.

Les agents de la cellule ont constaté que les événements indésirables, accidents et incidents font l'objet d'un traitement rigoureux de la part de la direction, qui veille à impliquer et à sensibiliser le personnel de manière appropriée. Chaque événement bénéficie d'une gestion individuelle et structurée, incluant la documentation des actions entreprises, l'identification des risques et la définition d'un niveau de priorité.

Les utilisateurs interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel en temps utile à leurs appels. Ils ont indiqué être très satisfaits : en cas d'appel d'urgence, le réseau est réactif et rapidement sur place.

- « **Éthique** » : la cellule Qualité a vérifié que la procédure de saisine du comité d'éthique avait bien été communiquée aux utilisateurs, à leurs représentants légaux, à leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel.

En parallèle, les agents ont interrogé les utilisateurs afin de savoir s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : la majorité des utilisateurs n'ont pas souhaité se prononcer sur la question. Bien qu'un courrier d'information leur ait été transmis, la plupart a indiqué manquer d'explications suffisantes pour pouvoir se positionner. Toutefois, parmi ceux qui ont exprimé un avis, deux utilisateurs sont satisfaits de la procédure.



- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'utilisateur à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé du domicile, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'utilisateur, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. Puis, la mise en application de ces principes précités a été vérifiée. Les constats de la cellule sont très satisfaisants concernant la mise en application par le personnel.

Les usagers interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, du caractère privé du domicile, de leur vie privée ainsi que sur le respect en général du personnel à leur égard. Les agents souhaitaient aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à l'écoute de leurs proches. Il en ressort que les usagers sont très satisfaits du personnel, qu'ils estiment être respectueux et à l'écoute.

- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. D'abord, il a été vérifié que la procédure de gestion des réclamations avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis si elle était correctement appliquée. Les agents de la cellule ont constaté que les réclamations font l'objet d'un traitement rigoureux de la part de la direction, qui veille à impliquer et sensibiliser le personnel lorsque cela est nécessaire. Chaque situation est analysée de manière approfondie afin d'identifier les facteurs ayant conduit à la réclamation.

Les agents de la cellule ont également recueilli l'avis des usagers concernant la procédure de réclamation. Les retours exprimés sont parfaitement cohérents avec ce qui a été observé : les usagers se disent unanimement très satisfaits de la manière dont leurs réclamations sont prises en charge, traitées et résolues par le réseau.

- « **Dossier individuel** » : Le dossier individuel est établi par l'organisme gestionnaire en vue d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'utilisateur et en vue de faciliter la création et le suivi du plan de vie individuel. Son contenu n'est pas directement partagé avec l'utilisateur, bien que ce dernier ait accès aux informations qui y sont consignées, s'il le souhaite, sur demande. C'est pourquoi aucun critère ne porte sur le dossier individuel lors de l'enquête de satisfaction.

Les agents ont vérifié la mise en application de la procédure écrite pour l'établissement et la mise à jour du dossier individuel. Les éléments de documentation sont en place et correctement appliqués. Bien que le réseau soit actuellement en phase de transition vers le nouveau logiciel, la documentation semble intégrée dans les pratiques quotidiennes, assurant que les informations pertinentes sur chaque usager sont consignées de manière systématique et accessibles à l'ensemble du personnel. Le nouveau logiciel permet d'inscrire un volume beaucoup plus important d'informations, qui peuvent parfois s'intercaler à différents endroits.



1.2.2. Identification des axes forts et des axes de progrès

Axes forts :

L'analyse des critères et les constats réalisés par la cellule Qualité, ainsi que les interviews de usagers ont permis de déterminer plusieurs axes forts :

- L'évaluation des dossiers montre une approche systématique de la prise en charge des usagers, mettant l'accent sur la transparence des informations et en plaçant les préférences des usagers au centre du suivi, garantissant ainsi une prise en charge cohérente et structurée ;
- L'organisation constitue le point fort majeur du réseau. La direction entretient une réelle proximité avec ses équipes et, tout en restant à l'écoute des usagers, connaît précisément les interlocuteurs à solliciter pour obtenir des informations complémentaires, assurant ainsi un fonctionnement efficace et harmonieux du réseau ;
- Cette organisation se reflète dans la documentation des interventions et des objectifs associés, qui est claire et permet un suivi précis. La gestion des réclamations, incidents et accidents est rigoureuse, avec une description détaillée des événements et des mesures correctives mises en place. Le suivi est proactif, permettant à l'équipe de mettre en œuvre des actions correctives et préventives pour améliorer les processus internes, et la philosophie d'amélioration continue est clairement intégrée dans les pratiques. L'outil utilisé ne permet actuellement pas de distinguer facilement le type d'événement, mais l'arrivée de deux nouveaux membres chargés d'assister la direction ouvre la voie à un suivi plus approfondi et systématique.

Axes de progrès :

L'étude documentaire et les vérifications sur le terrain dégagent différentes pistes de complétude / amélioration :

- Le concept de prise en charge des patients démentiels est en cours de révision. Il s'agit d'un projet en cours au sein du groupe depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi modifiée du 23 août 2023 qui permettra de définir le concept de manière plus détaillée et structurée afin de fournir un cadre clair et cohérent pour guider les pratiques quotidiennes du personnel, et ainsi assurer une prise en charge adaptée et homogène des usagers concernés ;
- L'optimisation de la documentation est un objectif du service, à la suite du changement de logiciel de documentation des soins. Le nouveau logiciel permet, d'inscrire un volume beaucoup plus important d'informations, qui peuvent parfois s'intercaler à différents endroits. Il est donc essentiel de définir précisément ce qui doit être documenté, à quel moment et de quelle manière. En l'absence de directives claires, il existe un risque de pratiques hétérogènes à long terme. Cette période transitoire constitue une opportunité idéale pour former le personnel à des pratiques standardisées, afin d'éviter une documentation excessive, des doublons ou une confusion entre les informations importantes et secondaires. Néanmoins, la cellule a constaté la prise en compte de ces besoins par le service dans son plan d'action et ses objectifs.



2. Conclusion

Pour chaque catégorie et sous-catégorie, un calcul est réalisé de cette manière :

$$(\text{Total des points attribués} / \text{Maximum des points pouvant être atteints}) \times 100$$

Ce pourcentage permet de déterminer l'appréciation de la qualité. Elle est :

- « Excellente » si ce pourcentage est **au moins égal à 90%** ;
- « Bien », s'il atteint **au moins 80%** ;
- « Satisfaisante », s'il atteint **au moins 70%** ;
- « Insuffisante », si **moins de 70%** du maximum des points à attribuer sont atteints.

Seules les appréciations portant **sur les catégories** ont un impact quant à la soumission d'un programme de remédiation.

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	25 / 31	Bien
Fourniture des prestations et services	51 / 59	Bien
Mise en œuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel	55 / 69	Satisfaisante
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	104 / 105	Excellente

Aucune catégorie n'ayant reçu l'appréciation « insuffisante », l'organisme gestionnaire ne doit soumettre aucun programme de remédiation, conformément à l'article 28(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 28.11.2025

Rédacteur : Nuri LEIRO - Evalueur Qualité

Relecteur: Laura MUCK - Responsable de la cellule Qualité

Pour le Ministre de la Famille, des Solidarités,
du Vivre ensemble et de l'Accueil

Claude WAGENER

Conseiller



Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

Note : la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées prévoit la possibilité pour l'organisme gestionnaire évalué de formuler des observations écrites et ce, pour chaque catégorie ou sous-catégorie. Le présent formulaire sera annexé au rapport d'évaluation et publié sur le registre public.

Organisme gestionnaire : Zitha Services S.A.

Service évalué : ZithaMobil (agrément PA/13/11/011)

Date de l'évaluation : 21.10.2025

Merci de cocher les options qui correspondent à votre situation :

☐ L'organisme gestionnaire **ne formule aucune remarque**

☒ L'organisme gestionnaire **formule des remarques.**

Dans ce cas, merci de compléter la rubrique « Observations écrites »

En plus de la formulation de remarque(s), l'organisme gestionnaire souhaite :

☐ *Rencontrer / échanger avec la cellule (rendez-vous dans les locaux du Ministère à Luxembourg Hamm ou bien par rendez-vous téléphonique / visioconférence selon les disponibilités de la cellule. Durée : 1h15)*

Observations écrites

		Observations
Catégorie / sous-catégorie	Critère(s) concerné(s) ?	
Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	RAS-A2 RAS-A7	Les contrats de prise en charge étaient présents, néanmoins des pistes d'amélioration ont été détectées dans l'énumération des annexes. Les contrats types ont été mis à jour, afin de mieux répondre aux critères définis. Un nouveau programme d'accompagnement des collaborateurs permettra une documentation plus efficiente dans l'intérêt du bénéficiaire de soins.
Fourniture des prestations et services	RAS-B2 RAS-B5	Des contrôles supplémentaires ont été mis en place, afin de garantir la

	RAS-B13 RAS-B15	transcription de toute information dans l nouveau système de documentation digitalisée, qui est en cours d'implémentation.)
Mise en œuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du Dossier individuel	RAS-C7 RAS-C8 RAS-C9 RAS-C12 RAS-C14 RAS-C15 RAS-C16 RAS-C17	Les lignes directrices seront précisées pour optimiser la documentation dans le dossier individuel. Les collaborateurs seront resensibilisés régulièrement à l'importance de tracer chaque échange avec la famille et le médecin traitant. Le concept spécifique de prise en charge en cas de maladies neuro-dégénératives a été actualisé et implémenté pour donner suite aux recommandations obtenues.
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	RAS-D6	Le comité d'éthique sera présenté davantage lors de l'admission des nouveaux patients, un livret d'accueil détaillé est en cours d'élaboration.

Date et signature :

08/12/2025



Angela Malerba

Directrice