



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	15/05/2026 (Interviews entre le 17/04/2026 et le 29/04/2026)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	Help - Service des aides et soins de la Croix-Rouge luxembourgeoise a.s.b.l.
Adresse	44, boulevard Joseph II L-1840 Luxembourg
Nom du Service	HELP
Adresse	2, rue Nicolas Bove L-1253 Luxembourg
Numéro agrément en vigueur	PA/00/11/002
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Georges BARTHELEMY Sandy RAACH Liliane GOMES Mélissa BANREZES Véronique TOUSSAINT

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° L'admission de l'utilisateur ainsi que l'établissement et le respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur ;*
- 2° La Fourniture des prestations et services définis à l'article 18 ;*
- 3° La mise en œuvre du projet d'établissement défini à l'article 24 ainsi que l'établissement et gestion du dossier individuel défini à l'article 27 ;*
- 4° Le degré de satisfaction des utilisateurs 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 de type « 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'amélioration 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

100 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 20 personnes ont répondu au questionnaire.

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	5/5	Admission et accueil	
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*	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-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles 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-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	0/5	Admission et accueil	10 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	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-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	5 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	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	2/5	Sécurité	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B18	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
RAS-B19	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux usagers	0/5	Organisation	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)

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	2/5	Bienveillance	3 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	3/5	Hygiène et sanitaire	2 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	5/5	Hygiène et sanitaire	



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	0/5	Soins et continuité des soins	7 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	0/5	Soins et continuité des soins	5 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	3/5	Soins et continuité des soins	2 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	2/5	Bientraitance	3 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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 7 non applicable(s))
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	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge*	5/5	Plan individuel de prise en charge	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



RAS-D4	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
RAS-D5	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	2/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 11 non applicable(s))
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 19 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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
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	4/5	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	4/5	Sécurité	
RAS-D16	Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	4/5	Organisation	
RAS-D17	L'utilisateur est satisfait des horaires convenus pour sa prise en charge	4/5	Organisation	
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	4/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 5 non applicable(s))
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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 6 non applicable(s))
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	3/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))

* au lieu de « dossier individuel »

** au lieu de « le personnel applique le plan de vie de prise en charge par l'utilisateur »

*** au lieu de « règlement d'ordre intérieur »

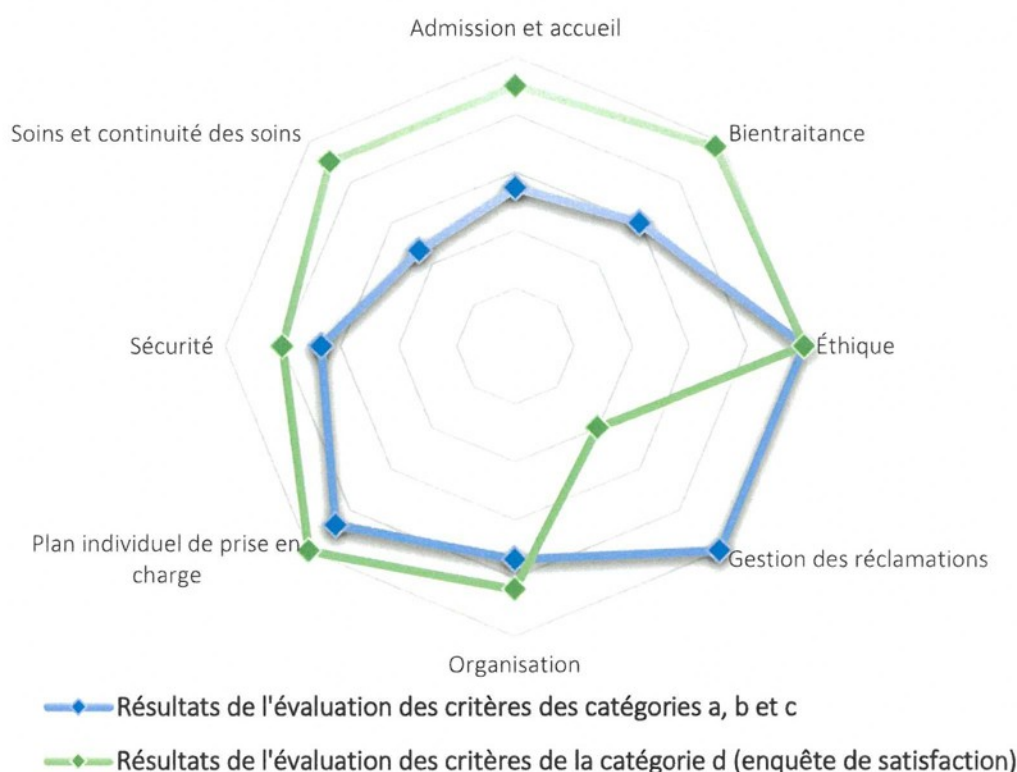


1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

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.

Aucun critère portant sur les domaines « dossier individuel » et « hygiène et sanitaire » ne fait l'objet d'une évaluation par l'utilisateur. Par conséquent, ils n'apparaissent pas sur le graphique ci-dessous (car il permet la comparaison entre l'opinion des usagers et les constats de la cellule Qualité).



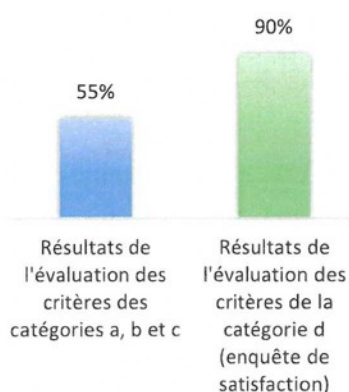
L'analyse a porté sur un échantillon de dossiers et d'utilisateurs issus de plusieurs antennes réparties sur l'ensemble du territoire. Un contrôle documentaire a été réalisé sur un échantillon de dossiers sélectionnés dans quatre antennes. Une enquête de satisfaction a été menée auprès de 20 utilisateurs, principalement issus de deux antennes, afin d'évaluer leur perception des prestations.

Les résultats mettent en évidence une satisfaction globalement positive des utilisateurs. Toutefois, des écarts apparaissent entre le ressenti exprimé et les constats issus de l'analyse documentaire, notamment en ce qui concerne la gestion des réclamations et certains aspects organisationnels, tels que la continuité des soins et la sécurité.

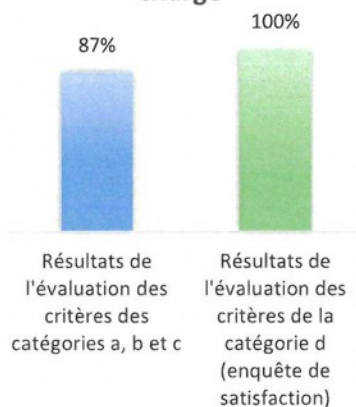
Dans l'ensemble, si les procédures et concepts attendus sont bien identifiés et présents, leur mise en œuvre opérationnelle présente des niveaux d'homogénéité variables selon les domaines et les antennes du réseau de soins à domicile (bureaux satellites couvrant les différentes régions où le réseau intervient).



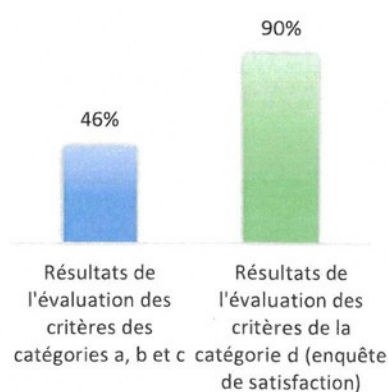
1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel de prise charge



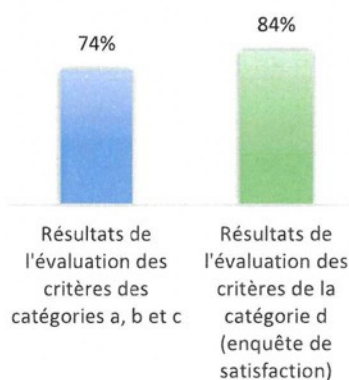
3. Soins et continuité des soins



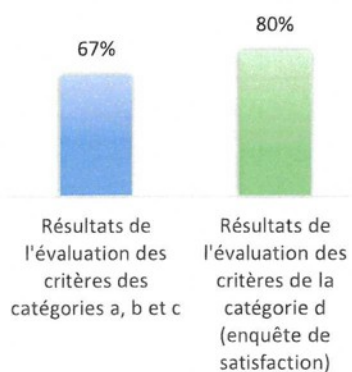
4. Hygiène et sanitaire



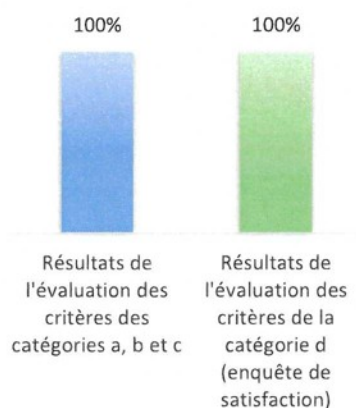
5. Organisation



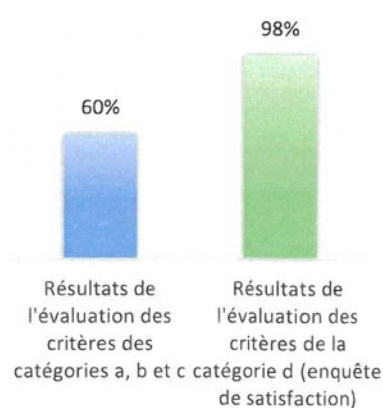
6. Sécurité



7. Ethique



8. Bienveillance





9. Gestion des réclamations



10. Dossier individuel





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

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouveau résident et d'admission a été vérifiée. La mise en application de la procédure d'accueil a ensuite été évaluée. Enfin, la cellule a procédé à une revue des contrats de prise en charge afin d'en vérifier la conformité avec les dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023. En ce qui concerne l'existence d'un contrat de prise en charge à jour signé, conforme aux dispositions prévues par la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées, dix contrats sur l'échantillon de dix présentaient une non-conformité, le projet d'établissement n'étant pas annexé. Concernant la procédure écrite d'admission des usagers, les agents ont vérifié si une évaluation était réalisée lors de la visite préalable et si celle-ci était ensuite formalisée dans le dossier de soins. L'intégralité des dix dossiers était conforme et reprenait les informations nécessaires à l'élaboration de la proposition de services. 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 et du règlement d'ordre intérieur sur la base des explications fournies. Dans la majorité des cas, les usagers ont indiqué avoir bien compris le contenu du contrat de prise en charge. Deux usagers ont toutefois exprimé une insatisfaction, estimant ne pas avoir compris les explications reçues et souhaitant obtenir davantage d'informations. Concernant le règlement d'ordre intérieur, l'échantillonnage de vingt usagers indique avoir reçu des explications concernant le fonctionnement du réseau.

- « **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 afin d'avoir une vision 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, ils ont procédé à une analyse de dossiers afin d'évaluer notamment la prise en compte d'éléments tels que les capacités cognitives de l'utilisateur, son degré de dépendance, la prise en compte du carnet de 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 : les agents ont constaté que le degré de dépendance, ainsi que le détail des aides et des capacités d'autonomie, étaient majoritairement renseignés de manière correcte. Afin d'évaluer le degré d'autonomie des usagers, six dossiers relatifs à l'hygiène, à l'habillement et à la mobilité ont été analysés ; les informations y étaient correctement documentées. Par ailleurs, quatre dossiers supplémentaires ont fait l'objet d'une vérification portant sur une évaluation des besoins d'adaptation du domicile ainsi que sur les aides techniques disponibles ou nécessaires. L'un de ces dossiers ne contenait pas l'ensemble des informations attendues, ce qui a entraîné le retrait d'un point. Concernant les volontés et préférences personnelles des usagers, les dossiers examinés portaient notamment sur les préférences alimentaires, le sommeil ainsi que les occupations et loisirs. Neuf dossiers étaient conformes, tandis qu'un dossier présentait des lacunes. Enfin, s'agissant de la prise en compte, le cas échéant, du carnet de soins palliatifs, des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions relatives à la fin de vie dans le plan individuel de prise en charge, un dossier sur les dix examinés ne comportait pas ces éléments. Le personnel applique la procédure écrite relative à la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur. Les agents ont vérifié que chaque usager dispose d'un binôme de référence et que le dossier est complété dès le début de la prise en charge, notamment en ce qui concerne l'anamnèse, le plan de soins ainsi que les différentes échelles réévaluées trimestriellement, telles que l'évaluation de la douleur, l'évaluation du risque de chute, du risque d'escarres et l'évaluation nutritionnelle.



Ils se sont également assurés de la traçabilité des informations et du suivi des transmissions écrites dans le dossier de l'utilisateur. Parmi les dix dossiers consultés, un dossier présentait une non-conformité.

Lors des échanges avec les usagers interrogés, les agents ont demandé à ces derniers s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan individuel de prise en charge. La grande majorité des usagers se déclarent satisfaits de leur implication dans la prise en charge. Une personne indique toutefois ne pas être suffisamment impliquée, notamment en raison de l'absence d'horaires convenus et du fait qu'aucune question n'avait été posée concernant ses habitudes ou préférences.

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

- *Documentation de soins* : Il existe une procédure écrite concernant la documentation des soins. L'évaluation de sa mise en application a notamment porté sur la documentation de cinq dossiers d'utilisateurs atteints de diabète afin de s'assurer que les informations étaient à jour, que les actes à réaliser étaient correctement renseignés et que le suivi était adéquatement documenté. Trois dossiers se sont révélés non conformes. Dans un premier dossier, l'anamnèse n'était pas complétée. Par ailleurs, bien que l'ordonnance du traitement fût à jour, une erreur de retranscription dans l'outil informatique a été constatée, la dose renseignée ne correspondant pas à celle prescrite. Dans un second dossier, aucune prise de poids récente n'était documentée et aucune mesure alternative n'avait été mise en place. Dans un troisième dossier, l'ordonnance relative à la mesure quotidienne de la glycémie était échue depuis un mois, alors que les relevés de glycémie continuaient à être documentés comme réalisés. Par ailleurs, dans le cadre du contrôle de quatre dossiers visant à vérifier l'existence d'une ordonnance médicale valide pour chaque prestation prévue dans l'outil informatique, une non-conformité a été relevée. Dans un dossier, une prestation mentionnée sur l'ordonnance pour la réalisation d'un acte infirmier n'était pas retraçable, et aucune justification quant à sa non-réalisation n'était documentée;
- *Continuité des soins* : Il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de la mise en application de cette procédure met en évidence plusieurs éléments détaillés ci-après. Certains usagers font l'objet d'une co-intervention, c'est-à-dire d'un partage de la prise en charge entre plusieurs services. Dans le cas présent, nous parlons de la situation des usagers bénéficiant de plusieurs services relevant du même organisme gestionnaire : dans les transmissions ciblées, il n'est pas toujours précisé si la documentation émane du centre de jour ou du réseau d'aide et de soins. Une telle précision permettrait d'assurer une meilleure transparence des échanges, d'identifier plus aisément l'origine des informations et d'estimer la régularité des échanges entre les services. Bien que cette information puisse être retracée au moyen des initiales des intervenants, une identification explicite en faciliterait la lecture. Les agents ont vérifié, dans cinq dossiers d'utilisateurs fréquentant également un centre de jour, si un échange effectif avait lieu entre le réseau de soins à domicile et le centre de jour. Il en ressort que cet échange est tracé dans quatre dossiers sur cinq. Concernant le critère relatif à l'application de la procédure écrite assurant la continuité des soins, les agents ont vérifiés dans cinq dossiers d'utilisateurs bénéficiant de séances d'ergothérapie et/ou de kinésithérapie, si des bilans étaient documentés et ils ont constaté que les bilans en kinésithérapie sont documentés de manière régulière tandis que les bilans en ergothérapie sont documentés de manière moins régulière, avec des périodes prolongées sans traçabilité. Un dossier n'était pas conforme, aucun bilan n'ayant été rédigé au cours des six derniers mois et aucune transmission ciblée n'ayant été retrouvée.



- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence de procédures écrites de préparation de l'utilisateur à un transfert vers le et au retour du milieu hospitalier, la cellule a évalué leur mise en application. Les agents ont constaté, dans un échantillonnage de dix dossiers, qu'il y avait systématiquement des transmissions ciblées décrivant la situation, l'état de santé ainsi que l'évolution de l'utilisateur durant son hospitalisation, ainsi que les démarches mises en œuvre après celle-ci, telles que, par exemple, une demande de réévaluation ou une replanification du plan de soins lorsque l'utilisateur nécessitait davantage d'aide pour les soins. En ce qui concerne le transfert de l'utilisateur en urgence vers et au retour du milieu hospitalier, les agents ont vérifié que le médecin traitant ainsi que les proches avaient été informés. Concernant le transfert vers le milieu hospitalier, les agents ont constaté que seuls trois dossiers sur dix contenaient cette double information. Dans les sept autres dossiers, l'information au médecin n'avait pas été transmise. Il en va de manière comparable pour la communication du retour du milieu hospitalier. Dans ce cas, cinq dossiers ne contenaient pas cette double information, ce qui a conduit à une perte de plusieurs points.
- *Concepts spécifiques (usagers atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. La vérification de leur mise en application a été réalisée par les agents. Concernant le critère relatif à l'application, par le personnel, de la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie, trois dossiers sur les dix analysés présentaient des lacunes. Il a été vérifié, dans cinq dossiers, si les souhaits de fin de vie ainsi que les préférences concernant les pompes funèbres étaient documentés ; cela s'est avéré être le cas pour chacun d'entre eux. Dans cinq autres dossiers, il a été examiné si une évaluation quotidienne de la douleur était réalisée en cas de prise d'antalgiques : dans trois cas, cette évaluation n'était pas effectuée quotidiennement. Dans le cadre de l'évaluation de l'application du concept écrit relatif à la prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle, les agents ont vérifié si la personne de confiance et/ou la personne de contact était identifiée. Dans deux dossiers sur les cinq examinés, cette information n'a pas pu être retracée. Les agents ont également interrogé cinq membres du personnel concernant les quatre piliers essentiels de l'Humanitude ; l'ensemble des personnes interrogées a démontré une bonne connaissance de ces principes. Les usagers interrogés ont exprimé leur degré de satisfaction quant à la qualité des soins qui leur sont administrés ainsi qu'à l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. La majorité des usagers interrogés se déclare très satisfaite de l'accès aux soins médicaux. S'agissant de la qualité des soins prodigués, un point a été retiré sur cinq. Dans le détail, cinq usagers sur vingt n'ont pas attribué de points à ce critère, estimant ne pas être concernés en raison de leur autonomie et du fait qu'ils ne bénéficient pas de soins d'hygiène. Deux usagers se déclarent partiellement insatisfaits, considérant que la qualité des soins d'hygiène dépend fortement du personnel intervenant. Plusieurs usagers ont également évoqué une rotation importante du personnel ainsi que des différences dans les méthodes de travail et dans le niveau de qualité des prestations fournies. Ces remarques ont été formulées tant par des usagers satisfaits que par des usagers insatisfaits.



- « **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 ainsi que la procédure relative aux règles d'hygiène et sanitaires. Les échanges avec le personnel ont permis de constater une bonne connaissance des règles d'hygiène et sanitaires, notamment en ce qui concerne les techniques de pose et de retrait de la surblouse. Par ailleurs, les agents ont pu constater le respect des règles relatives à la tenue professionnelle, notamment l'absence de bijoux aux mains et aux poignets ainsi que le port d'ongles courts et non vernis. Cependant, les agents ont malgré tout relevé que deux collaborateurs ne respectaient pas ces règles. 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 que l'organigramme, à jour, avait bien été communiqué au personnel. En revanche, celui-ci n'a pas été communiqué aux usagers. Les agents n'ont pas pu retracer la transmission de cette information. Selon les informations communiquées par le personnel cadre, une carte de visite du responsable du service est remise à l'utilisateur lors de son admission. Toutefois, cet élément ne saurait se substituer à la communication d'un organigramme tel qu'exigé par la loi précitée.

Un plan de formation du personnel existe également. Il existe une procédure d'annulation d'un passage ainsi qu'une procédure en cas de retard pour un passage. Les échanges avec le personnel ont mis en évidence une bonne connaissance des conduites à tenir en cas d'annulation, de refus de prise en charge ou de nécessité de replanification d'un passage. Les collaborateurs ont indiqué informer l'utilisateur, tracer la situation dans les outils appropriés et, le cas échéant, solliciter l'équipe dirigeante afin d'adapter l'organisation des passages. S'agissant de la gestion des retards, les collaborateurs interrogés ont su décrire les modalités à suivre, notamment l'information du client et du responsable en cas de dépassement d'un certain délai, ainsi que la recherche de solutions organisationnelles en coordination avec l'équipe. Les agents ont également pu retracer les transmissions documentées dans trois dossiers consultés.

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

- *Respect et satisfaction des horaires convenus* : une partie des usagers indique que les horaires sont respectés et que le personnel informe en cas de retard. À l'inverse, d'autres usagers signalent des écarts, le personnel ne se présentant pas toujours à l'heure prévu. Au total, quatre usagers expriment une insatisfaction à cet égard. Un usager précise qu'aucun horaire n'a été formellement défini avec le réseau, les interventions ayant lieu à des moments variables, ce qui le contraint à attendre à son domicile, sans visibilité concernant l'heure de passage des intervenants. S'agissant de l'appréciation globale des horaires de prise en charge, la majorité des usagers interrogés se déclare satisfaite des modalités convenues avec le réseau. Toutefois, deux usagers se disent insatisfaits des modifications d'horaires liées aux gardes, tandis qu'un autre indique que certains créneaux ont été fixés sans concertation préalable ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire* : l'ensemble des usagers interrogés se déclare satisfait des moyens de communication mis à disposition par le prestataire. Les modalités de contact, telles que le numéro de téléphone et/ou l'adresse électronique, sont perçues comme claires et aisément accessibles ;



- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile* : les usagers concernés se déclarent globalement très satisfaits du soutien apporté pour leurs déplacements. Celui-ci couvre notamment les transferts, les soins d'hygiène, les sorties (courses, rendez-vous médicaux) ainsi que les promenades dans le cadre des gardes assurées par le réseau. Par ailleurs, cinq usagers n'ont pas souhaité se prononcer ou ne se considèrent pas concernés par ce critère, se décrivant comme autonomes dans leurs déplacements ;
- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'usager* : quinze usagers sur vingt se déclarent satisfaits et indiquent recevoir les informations nécessaires, principalement par l'intermédiaire du personnel lors des passages. Néanmoins, quatre usagers expriment le souhait d'être informés de manière plus formalisée et non uniquement oralement, en particulier en cas de changements d'importance, tels que des modifications au niveau du personnel cadre. Un usager n'a pas souhaité se prononcer, estimant ne pas être concerné en raison d'une prise en charge limitée dans le temps. Ces éléments d'insatisfaction ont entraîné le retrait de deux points.

- « **Sécurité** » : La cellule Qualité a constaté l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, ainsi que la procédure à suivre en cas d'un usager porté disparu. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents ont constaté que, dans le cadre des déclarations d'accidents ou d'incidents, les rapports de chute font globalement l'objet d'une documentation adéquate. Un seul dossier s'est révélé incomplet. Bien qu'il n'existe pas, à ce jour, de procédure formalisée relative à la gestion des chutes, certaines pratiques sont transmises dans le cadre de formations internes. S'agissant de la procédure écrite en cas de disparition d'un usager, les agents ont analysé dix dossiers. Ils ont vérifié à sept reprises la présence d'une évaluation des risques intégrée dans l'outil informatique, notamment en ce qui concerne le risque de fugue. Parmi ces sept dossiers, trois présentaient une non-conformité : trois usagers atteints de démence ou de troubles cognitifs ne disposaient pas de cette évaluation complétée. Par ailleurs, les agents ont contrôlé, dans trois dossiers, la présence de la fiche signalétique à destination de la Police grand-ducale ; celle-ci était correctement intégrée dans chaque dossier concerné. Ces constats ont entraîné le retrait de trois points sur cinq. Les usagers interrogés se sont exprimés concernant le délai de réaction du personnel à leurs appels. Trois usagers se déclarent partiellement satisfaits de la joignabilité du réseau. Ils indiquent que celui-ci n'est pas toujours joignable, notamment à partir de 16 heures, lorsque le personnel est en réunion ou en pause. Les autres usagers se déclarent satisfaits et estiment que le personnel réagit dans des délais appropriés à leurs sollicitations.



- « **Ethique** » : La cellule Qualité a vérifié que la procédure de saisine du comité d'éthique avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux, à leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel. Les agents ont pu constater que cette information était diffusée auprès des usagers au moyen de supports tels que des flyers, et qu'elle était également communiquée au personnel. En parallèle, les agents ont interrogé les usagers afin d'évaluer leur niveau de satisfaction et de connaissance de cette procédure. Une analyse proportionnelle a été réalisée pour cette thématique, dans la mesure où dix-neuf usagers n'ont pas souhaité se prononcer, indiquant ne pas avoir connaissance du sujet. Un seul usager parmi l'échantillon de vingt personnes déclare connaître le comité d'éthique et savoir comment le contacter en cas de besoin.

- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer cette thématique, la cellule a vérifié l'existence de documents de référence, notamment des lignes de conduite à destination du personnel encadrant le respect de la vie privée, de l'intimité, de la dignité, de la volonté de l'utilisateur ainsi que du caractère privé du domicile, ainsi que la procédure écrite relative à la bientraitance. La mise en application de ces éléments a ensuite été analysée. Dix collaborateurs ont été interrogés. Cinq d'entre eux ont été questionnés sur les consignes générales à appliquer avant les soins ainsi que sur les modalités de préparation de l'utilisateur. Les réponses apportées ont été jugées adaptées et conformes aux attentes. Les cinq autres collaborateurs ont été invités à nommer les valeurs institutionnelles de l'entreprise. Seuls deux ont été en mesure de les identifier, du moins partiellement. Les agents ont également vérifié, auprès de dix collaborateurs issus de quatre antennes de soins différentes et sélectionnés au hasard, si ceux-ci avaient suivi une formation relative à la bientraitance et aux valeurs institutionnelles. Bien que ces formations soient identifiées comme prioritaires dans le plan de formation, il a été constaté que trois collaborateurs, engagés depuis plus de deux ans, ne les avaient pas encore suivies. Cette situation doit être prise en considération, dans la mesure où la connaissance et l'appropriation des valeurs institutionnelles constituent un fondement essentiel des pratiques professionnelles, celles-ci définissant les comportements attendus envers l'utilisateur. Ces valeurs sont renforcées par la formation à la bientraitance ; l'ensemble s'inscrit dans les formations prioritaires de niveau 1 prévues par le plan de formation et vise à garantir une prise en charge adaptée et conforme aux exigences attendues. Les usagers interrogés ont exprimé leur perception quant au respect de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, de leur vie privée et du caractère privé de leur domicile, ainsi qu'au respect global dont fait preuve le personnel à leur égard. Les agents ont également évalué la capacité du personnel à être à l'écoute des usagers et de leurs proches. Dans l'ensemble, les usagers considèrent que leur vie privée est respectée. La majorité se déclare très satisfaite quant au respect de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté ainsi que du caractère privé de leur domicile. Certaines réserves ont toutefois été exprimées. Une personne a signalé des manquements ponctuels en matière d'intimité, notamment lors des soins. Par ailleurs, trois usagers se déclarent partiellement satisfaits du respect de leur volonté, estimant que celui-ci peut varier en fonction des collaborateurs ou des situations. Enfin, une personne a évoqué un manque de rigueur occasionnel dans le rangement des effets personnels au domicile. S'agissant de l'écoute du personnel, huit usagers n'ont pas souhaité se prononcer sur ce critère, indiquant ne pas être concernés, notamment en l'absence de contacts entre leur entourage et le réseau ou en raison de l'absence de proches. Les autres usagers se déclarent très satisfaits de l'écoute dont bénéficient tant eux-mêmes que leurs proches.



- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. Dans un premier temps, il a été vérifié que la procédure correspondante avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ainsi qu'aux personnes de contact renseignées dans le dossier individuel. La cellule a ensuite analysé sa mise en application. A cet effet, un échantillon de dix réclamations, couvrant quatre antennes du service, a été examiné. Le contrôle a notamment porté sur l'analyse des plaintes, la mise en œuvre d'actions correctives ainsi que le respect de délais raisonnables pour l'apport d'une réponse ou d'une solution. Les éléments analysés montrent que les réclamations font l'objet d'un traitement structuré, comprenant l'analyse des situations, la mise en place de mesures adaptées (telles que des échanges avec les usagers, leurs proches ou les collaborateurs concernés), ainsi que la formalisation du suivi jusqu'à la clôture des dossiers. Aucun écart n'a été constaté sur ces différents points. S'agissant de l'avis des usagers, onze personnes interrogées n'ont pas souhaité se prononcer sur ce critère, indiquant ne jamais avoir eu recours à une réclamation. Parmi les usagers ayant exprimé un avis, la majorité déclare connaître la procédure et s'en montre satisfaite, bien qu'elle n'y ait jamais eu recours. Toutefois, trois usagers expriment une insatisfaction, estimant que leurs réclamations n'ont pas été traitées de manière pleinement satisfaisante.

- « **Dossier individuel** » : le dossier individuel est établi par l'organisme gestionnaire afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'utilisateur et de faciliter l'élaboration ainsi que le suivi du plan de vie individuel. Son contenu n'est pas directement communiqué à l'utilisateur ; toutefois, celui-ci peut accéder aux informations qui y sont consignées, sur demande. C'est pourquoi aucun critère relatif au dossier individuel n'est évalué dans le cadre de l'enquête de satisfaction.

Les agents ont vérifié la mise en application de la procédure écrite relative à l'établissement et à la mise à jour du dossier individuel. Son existence a été confirmée et sa mise en application a pu être vérifiée, notamment par la présence des antécédents médicaux et des diagnostics, ainsi que par la mention du médecin traitant et de l'hôpital de préférence dans chacun des dix dossiers examinés.



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 :

- Gestion des réclamations : les éléments examinés mettent en évidence une gestion structurée et rigoureuse des réclamations, fondée sur une analyse approfondie des situations, la mise en œuvre d'actions adaptées auprès des usagers, de leurs proches et des professionnels concernés, ainsi qu'un suivi formalisé assurant la traçabilité et la clôture effective des dossiers;

- Gestion des retards et des annulations de passages : les collaborateurs démontrent une bonne connaissance et une application appropriée des procédures. Les situations font l'objet d'une traçabilité systématique et une solution ou une alternative est proposée à chaque situation rencontrée;

- Satisfaction globale des usagers concernant l'accompagnement et la relation avec le personnel : les usagers expriment un niveau de satisfaction globalement bon. Ils considèrent que l'accompagnement proposé répond de manière adaptée à leurs besoins, notamment en matière de déplacements, de sorties et d'aide aux activités de la vie quotidienne. Celui-ci est perçu comme un soutien contribuant au maintien à domicile. Par ailleurs, les usagers interrogés mettent en avant la qualité de l'accompagnement ainsi que le respect dont ils bénéficient au quotidien, notamment en ce qui concerne leur vie privée. Ces éléments traduisent une prise en compte globalement adéquate des principes de bientraitance dans les pratiques professionnelles.

Axes de progrès :

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

- Formation et sensibilisation à la bientraitance ainsi qu'aux valeurs institutionnelles : le service devrait renforcer l'appropriation des conduites à tenir par l'ensemble des collaborateurs. Ces éléments constituent un cadre essentiel guidant les pratiques professionnelles et les comportements attendus, notamment en matière de respect de la vie privée, de l'intimité, de la dignité et de la volonté de l'utilisateur. Les usagers interrogés ont fait part de leur satisfaction quant à l'approche bientraitante du service, mais des remarques ont été émises concernant la variabilité des comportements en fonction des intervenants. Ce constat n'a conduit toutefois au retrait d'aucun point, mais l'évaluation par la cellule qualité met en lumière un manque de connaissance des collaborateurs au sujet des valeurs institutionnelles du service, et de la manière adéquate de préparer l'utilisateur aux soins;

- Prise en charge des usagers : plusieurs usagers ont relevé des changements fréquents d'intervenants ainsi que des différences dans les méthodes de travail et dans la qualité des prestations. Ces observations ont été exprimées tant par des usagers satisfaits que par des usagers insatisfaits;

- Comité d'éthique : les entretiens réalisés mettent en évidence un niveau de connaissance limité du comité d'éthique ainsi que de ses modalités de saisine. Parmi les vingt personnes interrogées, une seule a indiqué en connaître l'existence et être informée de la procédure. Une communication renforcée autour de ce dispositif pourrait favoriser son appropriation par les différentes parties prenantes.



-Gestion des chutes: la formalisation d'une procédure spécifique relative à la gestion des chutes constituerait un levier d'amélioration, en permettant d'harmoniser les pratiques, de clarifier les étapes de prise en charge et de proposer un référentiel structuré et accessible aux professionnels. Le dispositif actuellement en place correspond davantage à une action de formation qu'à une procédure formalisée et directement opérationnelle.

D'autres éléments sont développés en détail dans la partie « focus sur le programme de remédiation ».



1.3. Programme de remédiation

La structure démontre une bonne gestion des retards, des annulations de passages et du traitement des réclamations. Les usagers expriment un niveau de satisfaction globalement élevé et estiment que l'accompagnement proposé répond de manière adaptée à leurs besoins, en particulier pour les déplacements, les sorties et l'aide aux activités de la vie quotidienne. Cet accompagnement est perçu comme un soutien favorisant le maintien à domicile. Par ailleurs, les personnes interrogées mettent en avant la qualité de l'intervention ainsi que le respect dont elles bénéficient au quotidien, notamment en ce qui concerne leur vie privée. Ces éléments traduisent une prise en compte globalement adéquate des principes professionnels dans les pratiques.

Toutefois, l'analyse documentaire et les observations de terrain mettent en évidence plusieurs éléments ayant conduit à l'attribution d'une mention insuffisante dans les catégories « Prestations et services et Mise en œuvre du projet d'établissement et dossier individuel ».

Certains ajustements apparaissent rapidement mobilisables, comme la mise en conformité des contrats de prise en charge d'après les dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 relative à la qualité des services pour personnes âgées. Ces contrats (et leurs annexes) doivent inclure des informations relatives au projet d'établissement. Un autre élément sur lequel le service peut rapidement répondre concerne l'absence de diffusion de l'organigramme auprès des usagers, ce qui limite leur connaissance de l'organisation hiérarchique et ne leur permet pas de disposer d'une vision complète du fonctionnement de la structure.

D'autres éléments relèvent de la documentation de la prise en charge, et nécessiteront un travail de fond plus important, dans une optique d'harmonisation des pratiques. Une hétérogénéité des supports et des pratiques entre les antennes a été observée.

Nous pouvons citer les éléments suivants à titre d'illustration :

- L'identification (et l'évaluation) des risques, en particulier ceux liés à la fugue, ainsi que la mise en œuvre d'un plan personnalisé de prévention, pourtant prévues par l'organisation, ne sont pas conduites de manière uniforme et régulière, et une application plus systématique, en particulier pour les usagers présentant des troubles cognitifs semble indispensable.
- Concernant la continuité des soins et la documentation des informations dans l'outil informatique, plusieurs incohérences et disparités ont été relevées. L'examen des dossiers met en évidence une variabilité dans la traçabilité des interventions et des transmissions, ainsi qu'un manque de précision quant à l'origine des informations. Par ailleurs, différentes non-conformités ont été constatées dans certains dossiers, telles qu'une anamnèse incomplète, une erreur de retranscription d'un traitement, l'absence de suivi récent du poids, une ordonnance échue malgré la poursuite des relevés, ainsi que des prestations prescrites non tracées dans l'outil informatique. L'examen des dossiers met également en évidence une variabilité dans la documentation des interventions d'ergothérapie. Une attention particulière pourrait être portée à la régularité des transmissions ainsi qu'à l'harmonisation des pratiques entre les différentes antennes.
- En outre, des insuffisances ont été identifiées dans la communication liée aux transferts et aux retours d'hospitalisation des usagers, notamment en ce qui concerne l'information des proches et du médecin traitant. Plusieurs dossiers ne contiennent aucun élément permettant de démontrer une traçabilité conforme des communications effectuées. Dans ce contexte, une harmonisation des pratiques, accompagnée d'un renforcement de la traçabilité et des processus de communication, apparaît nécessaire.



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.

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	24 / 31	Satisfaisante
Fourniture des prestations et services	41 / 59	Insuffisante
Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel	46 / 69	Insuffisante
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	94 / 105	Bien

Les catégories suivantes ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

- Catégorie b) Fourniture des prestations et services
- Catégorie c) Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier

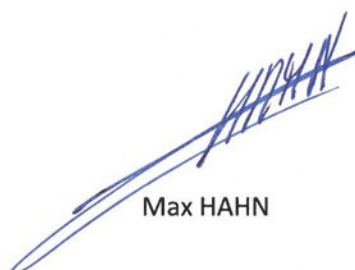
L'organisme gestionnaire est tenu de soumettre un programme de remédiation, conformément aux dispositions de l'article 28(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des

Luxembourg, le 3.07.2026

Rédacteur : Véronique TOUSSAINT - Evalueur Qualité

Relecteur: Laura MUCK- Responsable de la cellule Qualité

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



Max HAHN



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 : Help a.s.b.l.

Service évalué : Service des aides et soins de la Croix-Rouge luxembourgeoise (PA/00/11/002)

Date de l'évaluation : 15/05/2026

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

Catégorie / sous-catégorie	Critère(s) concerné(s) ?	Observations

Date et signature :

help
Service Aides et Soins de la Croix-rouge
Catherine Gapenne
Directrice

croix-rouge
luxembourgeoise
München hilft
München hilft

2, rue Nicolas Bovy, L-1253 Luxembourg
Tél. : 2755-3008 - Fax : 2755-3001