



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	30/06/2025
Type de service pour personnes âgées	Structure d'hébergement
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
Adresse	17, avenue des Alliés L-9012 Ettelbruck
Nom du Service	Centre Pontalize
Adresse	17, avenue des Alliés L-9012 Ettelbruck
Numéro agrément en vigueur	PA/16/00
Agents ayant réalisé l'évaluation	Laura MUCK Georges BARTHELEMY Nuri LEIRO Liliane GOMES 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 et accueil du résident ainsi que l'établissement et le respect du plan de vie individuel du résident ;

2° fourniture des prestations et services définis à l'article 3 avec les sous-catégories participation, animation et vie sociale, circulation, repas ainsi que logement ;

3° mise en œuvre du règlement général défini à l'article 9 ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel défini à l'article 12 ;

4° degré de satisfaction des résidents par rapport aux prestations et services définis à l'article 3 et au règlement général défini à l'article 9.



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 de satisfaction auprès des résidents » 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 solliciter un accord à répondre au questionnaire.

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

Chaque personne interrogée évalue chaque critère, en attribuant un nombre de points 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 ;
- 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 point de qualité si moins de 50% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord.

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 point ;
 - 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 point 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.

Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
a) Catégorie : Admission et accueil du résident et plan de vie individuel				
SH-A1	Existence d'une procédure écrite d'accueil du nouveau résident	1/1	Admission et accueil	
SH-A2	Le personnel applique la procédure écrite d'accueil des résidents	5/5	Admission et accueil	
SH-A3	La procédure écrite d'admission des résidents est appliquée	5/5	Admission et accueil	
SH-A4	Le plan de vie individuel est tenu à jour en cas de changements	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A5	Le plan de vie individuel tient compte de l'état de santé du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A6	Le plan de vie individuel tient compte des capacités cognitives du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A7	Le plan de vie individuel tient compte du degré de dépendance du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A8	Le plan de vie individuel tient compte des volontés et préférences personnelles du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A9	Le plan de vie individuel tient compte de la biographie du résident	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité de contrôle non conforme
SH-A10	Le cas échéant, le plan de vie individuel tient compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées du résident ou des dispositions de fin de vie	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A11	Le personnel d'encadrement en charge du résident connaît et respecte le plan de vie individuel du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A12	Existence d'un contrat d'hébergement signé à jour	0/5	Admission et accueil	7 modalités de contrôle non conformes
b) Catégorie : Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale				



Sous catégorie : Participation, animation et vie sociale				
SH-B1	Existence d'un concept écrit ou d'une procédure écrite garantissant l'implication du résident dans la vie et dans le développement de la structure d'hébergement	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B2	Le résident connaît les moyens selon lesquels il peut participer à la vie et au développement de la structure d'hébergement	5/5	Participation, animation et vie sociale	
SH-B3	Le programme d'animation et de vie sociale est affiché	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B4	Le programme d'animation et de vie sociale est connu par le résident	5/5	Participation, animation et vie sociale	
SH-B5	Implication des résidents dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B6	Organisation d'activités individuelles indépendamment des activités individuelles prévues par l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B7	Organisation d'activités spécifiques pour des résidents atteints d'une maladie démentielle indépendamment des activités en groupe prévues par l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B8	Les heures de consultation du chargé de direction à l'intention des résidents et de leurs proches sont affichées et communiquées	1/1	Organisation	
Sous catégorie : Repas				
SH-B9	Existence d'un concept de nutrition et d'hydratation des résidents	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-B10	Le personnel applique le concept de nutrition et d'hydratation des résidents	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-B11	Le résident a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...)	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-B12	Le résident peut choisir entre plusieurs menus	1/1	Repas	
Sous catégorie : Logement et circulation				
SH-B13	Le résident peut personnaliser son logement (meubles, décor)	1/1	Logement et infrastructures	
SH-B14	Le personnel applique le plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires à respecter) pour les logements des résidents	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-B15	Existence d'un concept permettant au résident de circuler de manière sécurisée sur le site de la structure d'hébergement	1/1	Sécurité	



SH-B16	Le personnel applique le concept permettant au résident de circuler de manière sécurisée sur le site de la structure d'hébergement	0/5	Sécurité	5 modalités de contrôle non conformes
c) Catégorie : Mise en oeuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel				
SH-C1	Existence d'une procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel du résident	1/1	Dossier individuel	
SH-C2	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel du résident	0/5	Dossier individuel	9 modalités de contrôle non conformes
SH-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la vie privée du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter le caractère privé logement du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C5	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C7	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C8	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée du résident, le caractère privé de son logement, l'intimité du résident, la dignité du résident et la volonté du résident	5/5	Bienveillance	
SH-C9	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C10	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-C11	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-C12	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	3/5	Hygiène et sanitaire	1 modalité de contrôle non conforme 1 modalité de contrôle non applicable
SH-C13	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-C14	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un résident à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C15	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un résident à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	5/5	Soins et continuité des soins	1 modalité de contrôle non applicable



SH-C16	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un résident en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C17	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un résident en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalités de contrôle non applicables
SH-C18	Existence d'une procédure écrite de la communication du retour d'un résident du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C19	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un résident du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalités de contrôle non applicables
SH-C20	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des résidents atteints d'une maladie démentielle	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalités de contrôle non conformes
SH-C21	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des résidents en fin de vie	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalités de contrôle non conformes
SH-C22	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	5/5	Bientraitance	
SH-C23	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un résident	1/1	Sécurité	
SH-C24	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un résident	5/5	Sécurité	
SH-C25	Existence d'une procédure écrite en cas de fugue d'un résident ou en cas d'un résident porté disparu	1/1	Sécurité	
SH-C26	Le personnel applique la procédure écrite en cas de fugue d'un résident ou en cas d'un résident porté disparu	5/5	Sécurité	2 modalités de contrôle non applicables
SH-C27	Le personnel connaît le règlement de sécurité et le plan d'intervention	5/5	Sécurité	
SH-C28	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
SH-C29	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux résidents	5/5	Organisation	
SH-C30	L'existence d'un comité d'éthique ainsi que son fonctionnement ont été expliqués au résident ou à son représentant légal	5/5	Éthique	
SH-C31	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux résidents, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	5/5	Éthique	
SH-C32	Existence d'une procédure pour l'organisation des visites médicales	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C33	La procédure de l'organisation des visites médicales est correctement appliquée	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité de contrôle non applicable
SH-C34	Existence d'une procédure pour l'appel d'un médecin en urgence	1/1	Soins et continuité des soins	



SH-C35	La procédure de l'organisation de l'appel d'un médecin en urgence est correctement appliquée	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-C36	Existence d'une procédure pour l'obtention de médicaments en urgence d'une pharmacie	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C37	La procédure de l'organisation de l'obtention de médicaments en urgence d'une pharmacie est correctement appliquée	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalités de contrôle non applicables
SH-C38	Existence d'une procédure pour l'obtention de médicaments d'une pharmacie	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C39	La procédure de l'organisation de l'obtention de médicaments d'une pharmacie est correctement appliquée	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalités de contrôle non applicables
SH-C40	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée au résident, à son représentant légal ou à sa personne contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	
SH-C41	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	3/5	Gestion des réclamations	2 modalités de contrôle non conformes
SH-C42	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	
SH-C43	Le résident a accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI, ...)	5/5	Logement et infrastructures	
d) Enquête de satisfaction auprès des résidents				
SH-D1	Le résident ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat d'hébergement suite aux explications données	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D2	Le résident ou son représentant légal a bien compris le contenu du règlement d'ordre intérieur suite aux explications données	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D3	Le résident est impliqué dans l'établissement du plan de vie individuel	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D4	Le résident est impliqué dans l'établissement de la planification hebdomadaire/mensuelle des activités	5/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (5 RI/NA)
SH-D5	Le résident est impliqué dans l'établissement des menus de la semaine	NA	Repas	critère non applicable
SH-D6	Le résident est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
SH-D7	Le résident est satisfait de la procédure de réclamation	4/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (5 RI/NA)
SH-D8	Le résident est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	5/5	Éthique	proportionnalité appliquée (9 RI/NA)
SH-D9	Le résident est satisfait de son logement (décor, meubles, taille, ...)	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D10	Le résident est satisfait de l'entretien du logement	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D11	Le résident est satisfait de la qualité du nettoyage du logement	5/5	Hygiène et sanitaire	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)



SH-D12	Le résident est satisfait de l'entretien des lieux de vie commune	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D13	Le résident est satisfait de l'hygiène des sanitaires (logement et lieux de vie commune)	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-D14	Le résident est satisfait du nettoyage du linge plat	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-D15	Le résident est satisfait de la température à l'intérieur de son logement et des lieux de vie commune	4/5	Logement et infrastructures	
SH-D16	Le résident est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition personnelle	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D17	Le résident a accès à des activités qui correspondent à ses intérêts et besoins	5/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (3 RI/NA)
SH-D18	Le personnel est à l'écoute du résident	5/5	Bientraitance	
SH-D19	Le personnel est à l'écoute des proches du résident	5/5	Bientraitance	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D20	Le personnel motive le résident à participer à des activités adaptées à ses intérêts et besoins	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D21	Le personnel est respectueux envers les résidents	5/5	Bientraitance	
SH-D22	Le personnel respecte le plan de vie individuel du résident	4/5	Plan de vie individuel	
SH-D23	Le personnel respecte la dignité du résident	5/5	Bientraitance	
SH-D24	Le personnel respecte l'intimité du résident	5/5	Bientraitance	
SH-D25	Le personnel respecte la volonté du résident	5/5	Bientraitance	
SH-D26	Le personnel respecte le caractère privé du logement du résident	5/5	Bientraitance	
SH-D27	Le personnel réagit en temps utile aux appels d'urgence du résident	4/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D28	Le chargé de direction est à l'écoute du résident	5/5	Organisation	
SH-D29	Le résident est satisfait des heures de consultation du chargé de direction	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D30	Le chargé de direction communique de manière compréhensible	5/5	Organisation	
SH-D31	Le chargé de direction veille au bon fonctionnement de la structure	5/5	Organisation	
SH-D32	Le résident est satisfait des conditions selon lesquelles les visites peuvent se dérouler	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D33	Le résident est satisfait des horaires de prise de repas	4/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D34	Le résident est satisfait de la variété des repas	0/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D35	Le résident est impliqué dans le choix des menus	2/5	Repas	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D36	Le résident est satisfait de la présentation des repas	1/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D37	Le résident est satisfait de la qualité des repas	0/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D38	Le résident est satisfait de la quantité des repas	3/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)

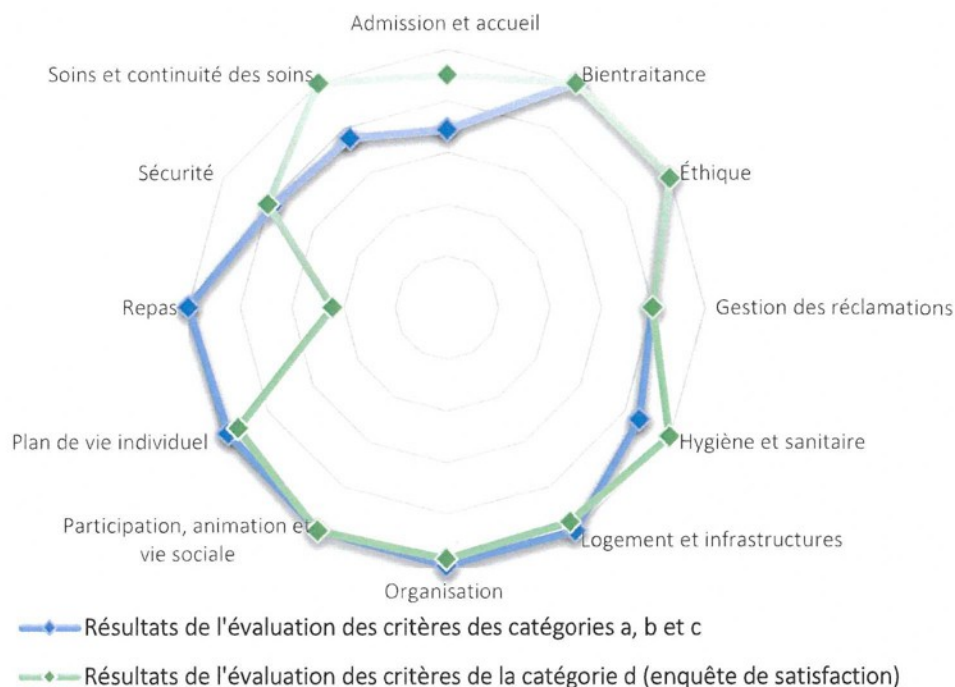


SH-D39	Le résident est satisfait du goût des repas	0/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D40	Le résident est satisfait de la température des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D41	Le résident est satisfait du service des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D42	Le personnel tient compte de ses besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (7 RI/NA)
SH-D43	Le résident est satisfait du programme des activités	5/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (3 RI/NA)
SH-D44	Le résident est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-D45	Le résident obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (3 RI/NA)
SH-D46	Le résident peut librement accueillir des visiteurs	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D47	Le résident a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D48	Le résident, son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement de la structure d'hébergement ou l'encadrement du résident	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)



Analyse détaillée et synthèse des résultats

Analyse des résultats par domaine*



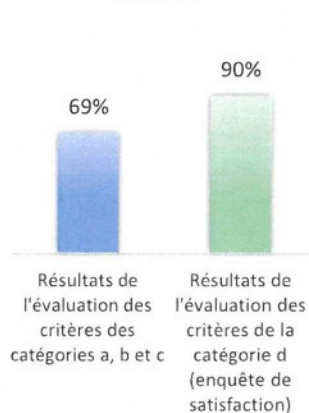
La cellule Qualité observe une très bonne corrélation entre la qualité perçue par les résidents et l'évaluation menée par les agents de la cellule. Seule la thématique du repas présente une note inférieure attribuée par les résidents.

**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.*

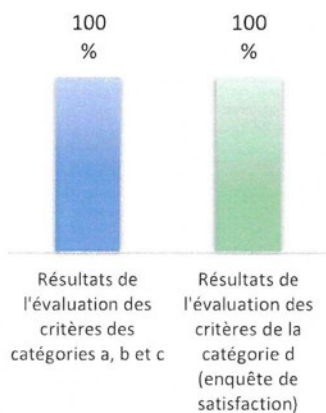
Le dossier individuel ne faisant pas l'objet d'une évaluation par le résident, le résultat de la satisfaction n'apparaît pas sur les graphiques pour ce domaine.



1. Admission et accueil



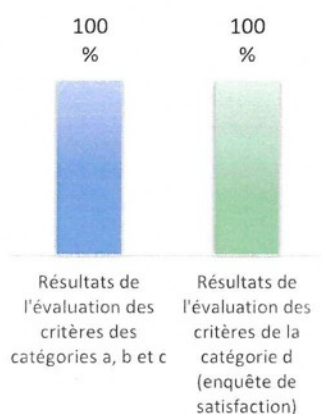
2. Bientraitance



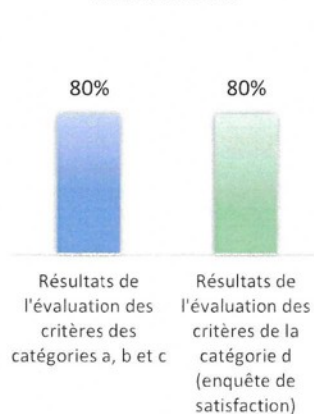
3. Dossier individuel



4. Ethique



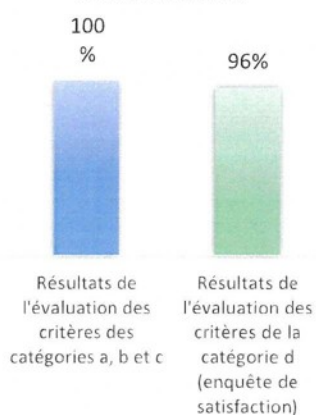
5. Gestion des réclamations



6. Hygiène et sanitaire



7. Logement et infrastructures



8. Organisation





9. Participation, animation et vie sociale

100 % 100 %



Résultats de
l'évaluation des
critères des
catégories a, b et c

Résultats de
l'évaluation des
critères de la
catégorie d
(enquête de
satisfaction)

10. Plan de vie individuel

98% 93%



Résultats de
l'évaluation des
critères des
catégories a, b et c

Résultats de
l'évaluation des
critères de la
catégorie d
(enquête de
satisfaction)

11. Repas

100 %



Résultats de
l'évaluation des
critères des
catégories a, b et c

44%

Résultats de
l'évaluation des
critères de la
catégorie d
(enquête de
satisfaction)

12. Sécurité

78%



Résultats de
l'évaluation des
critères des
catégories a, b et c

80%



Résultats de
l'évaluation des
critères de la
catégorie d
(enquête de
satisfaction)

13. Soins et continuité des soins

76%



Résultats de
l'évaluation des
critères des
catégories a, b et c

100 %



Résultats de
l'évaluation des
critères de la
catégorie d
(enquête de
satisfaction)



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

- « **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, la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires et le plan de nettoyage détaillant les règles d'hygiène et sanitaires à respecter pour le logement des résidents. La structure met parfaitement en application les dispositions de sa documentation. La cellule Qualité formule uniquement une remarque portant sur la traçabilité du plan de nettoyage le week-end : la structure documente de manière adéquate et très satisfaisante le nettoyage ayant lieu du lundi au vendredi, mais l'intervention du week-end est réalisée sur une base contractuelle différente, ce qui a pour conséquence une documentation moins satisfaisante. Or, l'harmonisation des pratiques de documentation doit être visée, peu importe l'intervenant.

Les résidents interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du logement* : très satisfaits ;
- *Hygiène des sanitaires (logement et lieux de vie commune)* : très satisfaits ;
- *Nettoyage du linge plat* : très satisfaits. Toutefois, bien que la cellule n'évalue pas le nettoyage du linge personnel des résidents, plusieurs remarques à cet égard ont été formulées, et la cellule invite la structure à approfondir le sujet auprès de ses résidents.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un résident, fugue ou résident porté disparu, et l'existence d'un concept permettant au résident de circuler de manière sécurisée sur le site de la structure d'hébergement. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Un premier constat porte sur le plan de formation. L'implémentation des formations est encore en cours, et plusieurs personnes sélectionnées pour le contrôle n'avaient pas finalisé une formation. En revanche, le personnel qui a été interrogé par les agents a parfaitement répondu aux questions posées pour évaluer la connaissance des procédures et concepts. La cellule a également eu accès à l'outil utilisé en interne pour documenter les événements indésirables. Outre la qualité de l'outil, la qualité des suivis, rigoureux et systématiques, a donné toute satisfaction.

Le personnel a également été interrogé pour évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention, et toutes les réponses apportées étaient correctes.

Les résidents interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel à leurs appels d'urgence. Ils ont estimé ce délai satisfaisant, et ont indiqué unanimement que le personnel était réactif et présent.

- « **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. Le contrôle portant sur la mise en application de cette procédure est très satisfaisant ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins, une procédure pour l'appel en urgence d'un médecin et une procédure pour l'organisation des visites médicales. La cellule a constaté un respect systématique dans les délais de mise à jour des conférences de soins, une cohérence dans la documentation et l'organisation des visites médicales ainsi qu'une très bonne connaissance des procédures par le personnel ;



- *Hydratation et nutrition (dont besoins spécifiques)* : le résident a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...). La structure a défini un concept de nutrition et d'hydratation des résidents. La mise en application de ce concept est très satisfaisante;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation du résident à un transfert vers le milieu hospitalier / à un retour du milieu hospitalier, ainsi que les communications auprès des proches et du médecin traitant (lors du transfert en urgence ou au retour de l'hospitalisation), la cellule a évalué leur mise en application. Globalement, les dispositions documentaires de la structure sont bien respectées, mais ponctuellement, quelques écarts ont été constatés (notamment en ce qui concerne la traçabilité d'une information portant sur une communication), ce qui a conduit à une perte de points ;
- *Concepts spécifiques (résidents atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. La documentation du plan de vie individuel était satisfaisante, mais la structure forme encore actuellement le personnel, ce qui explique quelques écarts ponctuels constatés (portant sur l'objectif de formation – plus ambitieux que celui de la loi modifiée du 23 août 2023, déjà atteint- et le contenu des réponses apporté par le personnel interrogé) ;
- *Gestion des médicaments* : la cellule a évalué le processus de gestion des médicaments en vérifiant l'existence d'une procédure pour l'obtention de médicaments (en urgence et en dehors d'une urgence) d'une pharmacie ainsi que la mise en application des principes y décrits. Quelques écarts documentaires ont été constatés par la cellule Qualité ;

Les résidents interrogés ont exprimé leur opinion sur la prise en compte de leurs besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques, sur la qualité des soins leur administrés, et l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Les résidents sont très satisfaits. Il convient de préciser ici que le critère portant sur la prise en compte des besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques a été majoritairement non noté par les résidents, compte tenu d'une absence de besoins et donc de leur souhait de ne pas se prononcer.

- « **Repas** » : Les résidents ont le choix entre deux menus au moins. En ce qui concerne les opinions émises par les résidents interrogés, les constats sont les suivants :

- *Implication dans l'établissement des menus de la semaine et choix des menus* : les résidents n'ont pas voulu se prononcer concernant leur implication dans l'établissement des menus de la semaine, et ce, pour différentes raisons. Ils sont peu satisfaits de leur implication dans le choix des menus. À la lecture des remarques individuelles formulées en lien avec ces deux critères par les résidents, la structure a ici un potentiel d'amélioration. Evidemment, il y a des résidents tout à fait satisfaits, en particulier sur l'alternative systématique proposée, mais dans la globalité, le constat est plus nuancé. Ainsi, une meilleure communication quant aux possibilités d'exprimer ses opinions et de s'impliquer devrait être à nouveau conduite par la structure ;
- *Horaires de prise des repas* : satisfaits ;
- *Variété* : insatisfaits. La fréquence à laquelle les menus reviennent est jugée trop réduite ;
- *Présentation* : plutôt insatisfaits. À la lecture des notes et des remarques individuelles, il n'est pas possible de parler de réelle insatisfaction, mais plutôt d'un intérêt limité sur la question. Selon les dispositions de l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 relatif au calcul des points, l'attribution de quelques notes moyennes « ni d'accord, ni pas d'accord » a impacté le résultat et a conduit au résultat d'1 point sur 5 ;
- *Qualité* : très insatisfaits. Les résidents sont unanimes quant à la qualité de la viande, qui est « dure » ;
- *Quantité* : plutôt satisfaits, même si les portions sont jugées trop volumineuses, ce qui a conduit certains résidents à diminuer leur appréciation en raison du gaspillage ;



- *Goût* : très insatisfaits. Les résidents indiquent que les plats manquent de goût ou ne satisfont pas leur goût ;
- *Température* : très satisfaits ;
- *Service* : très satisfaits. Le personnel est par ailleurs très apprécié pour sa proximité et sa serviabilité.

- « **Organisation** » : La cellule Qualité a constaté que les éléments devant faire l'objet d'un affichage et / ou d'une communication sont conformes aux dispositions demandées dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 : les heures de consultation du chargé de direction sont affichées, et l'organigramme (à jour) a bien été communiqué au personnel et aux résidents. Un plan de formation du personnel existe également. Les résidents ont ensuite fait part de leur avis sur différentes thématiques :

- *Chargé de direction* : le chargé de direction est à l'écoute du résident. Ces derniers ont par ailleurs tous souligné sa proximité, le fait qu'il était abordable et très présent. Ses heures de consultation sont satisfaisantes et il communique de manière compréhensible, tout en veillant au bon fonctionnement de la structure. Il transmet également les informations sur tout changement impactant le fonctionnement de la structure d'hébergement ou l'encadrement du résident ;
- *Accueil de visiteurs* : les résidents sont très satisfaits des conditions selon lesquelles les visites peuvent se dérouler et ils ont le sentiment de pouvoir librement accueillir des visiteurs ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire et suffisant pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure* : satisfaits. Les résidents aimeraient toutefois plus de disponibilité et d'accompagnement pour se promener, même s'ils estiment que le personnel n'est pas en nombre suffisant pour cela.

- « **Participation, animation et vie sociale** » : la cellule Qualité a vérifié l'existence de l'organisation d'activités individuelles et d'activités spécifiques pour les résidents atteints d'une maladie démentielle, indépendamment des activités prévues par l'assurance dépendance, ce qui a été constaté.

Le programme d'animation et de vie sociale est affiché. Le concept ou la procédure garantissant l'implication du résident dans la vie et le développement de la structure existe. Lors de l'interview des résidents, il ressort que ces derniers connaissent les moyens selon lesquels ils peuvent participer à la vie et au développement de la structure d'hébergement, en tout cas en ce qui concerne le Heemrot. Ils connaissent le programme d'animation et de vie sociale et se sentent impliqués dans l'établissement de la planification hebdomadaire / mensuelle des activités. Les activités correspondent à leurs intérêts et besoins et ils sont satisfaits du programme des activités. Certains résidents n'ont pas souhaité se prononcer, notamment parce qu'ils ne souhaitent pas participer ou être impliqués activement à ces sujets. Par ailleurs, les dispositifs pour impliquer les résidents dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale existent et sont fonctionnels. La cellule mentionne toutefois le cas de l'implication des résidents dans l'établissement des menus : les résidents ne semblent pas être correctement informés sur leurs possibilités pour ce point spécifique (vu précédemment lors de la thématique « repas »).

- « **Plan de vie individuel** » : le plan de vie individuel est au cœur de la prise en charge du résident. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une idée globale, notamment la prise en compte d'éléments comme les mises à jour en cas de changements, l'état de santé du résident, ses capacités cognitives, son degré de dépendance, ses volontés et préférences personnelles, la biographie, le carnet de soins palliatifs / directives anticipées / dispositions de fin de vie, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge du résident connaît et respecte son plan de vie individuel. La cellule a constaté une documentation sérieuse et rigoureuse.

Lors des échanges avec les résidents interrogés, les agents ont demandé à ces derniers s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan de vie et si le personnel respectait leur plan de vie individuel.



Une dernière question cherchait également à déterminer si le personnel les motivait à participer à des activités adaptées à leurs intérêts et besoins. Ils ont répondu par l'affirmative être très satisfaits pour chacune de ces questions.

- « **Accueil et admission** » : 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 avisée. La mise en application de la procédure d'accueil a été évaluée. Enfin, la cellule a procédé à une revue des contrats d'hébergement pour en vérifier la conformité avec les dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023. Il s'avère que ce critère portant sur l'existence d'un contrat d'hébergement signé à jour n'apporte aucun point (noté 0 sur 5), car régulièrement, des pièces en annexe manquent, en particulier l'état des lieux signés. Les procédures d'accueil et d'admission, en revanche, sont très bien suivies et appliquées.

Lors des entretiens avec les résidents, les agents ont demandé si le résident (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat d'hébergement et du règlement d'ordre intérieur sur base des explications données. Les résidents sont très satisfaits des informations et explications reçues.

- « **Bienveillance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers le résident à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de la vie privée, le respect du caractère privé du logement, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, et le respect de la volonté ainsi que la procédure écrite de bienveillance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. La structure les respecte scrupuleusement, et la notation des critères est donc excellente.

Les résidents interrogés se sont exprimés sur le respect de leur vie privée, de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, et du caractère privé de leur logement 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 celle de leurs proches. Il en ressort que les résidents sont très satisfaits, et ont à nouveau distingué le chargé de direction et le personnel pour leur approche.

- « **Logement et infrastructure** » : la possibilité de personnaliser son logement (meubles, décor, ...) existe, et les résidents ont accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI, ...). Les résidents ont indiqué que la qualité de ces moyens de communication à leur disposition personnelle était très satisfaisante.

Les résidents interrogés ont fait part de leur opinion sur leur logement (en termes de décor, meubles, taille, ...) et sur son entretien et l'entretien des lieux de vie commune. Les résidents sont également très satisfaits sur ces questions.

Enfin, les résidents sont contents au sujet de la température à l'intérieur de leur logement et dans les lieux de vie commune. Quelques résidents, cependant, trouvent que la température lors des périodes estivales, est trop chaude.

- « **Ethique** » : la cellule Qualité a vérifié que l'existence du comité d'éthique ainsi que son fonctionnement avaient bien été expliqués aux résidents ou à leurs représentants légaux, et que la procédure de saisine dudit comité avait bien été communiquée aux résidents, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel, ce qui est le cas.

En parallèle, les agents ont demandé aux résidents sélectionnés s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : faute de réponses, ce critère est non applicable. Toutefois, les agents ont constaté deux cas de figure, à savoir les résidents ayant refusé de répondre, car ils n'avaient jamais fait appel au comité (mais ils connaissaient donc son existence et la procédure de saisine) et ceux ayant refusé de répondre faute d'information sur le sujet. Une ré-information pourrait être indiquée.



- « **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 résidents, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, ce qui est le cas, puis si elle était correctement appliquée. Globalement, le suivi des réclamations est très correct, même si quelques écarts mineurs ponctuels ont été relevés.

Les agents de la cellule ont demandé aux résidents leur opinion concernant la procédure de réclamation : ces derniers sont satisfaits. Il est à noter que les résidents n'ont pas toujours souhaité répondre sur ce point, car certains n'ont jamais été confrontés à une situation de réclamation.

- « **Dossier individuel** » : Le dossier individuel est établi par l'organisme gestionnaire en vue d'améliorer l'efficacité de la prise en charge du résident et en vue de faciliter la création et le suivi du plan de vie individuel. Son contenu n'est pas directement partagé avec le résident, 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 demandé à vérifier l'existence d'une procédure écrite pour l'établissement et la mise à jour du dossier individuel. Les éléments de formations vérifiés n'étaient pas documentés, ce qui a conduit à la note de 0 sur 5 points.



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 résidents ont permis de déterminer plusieurs axes forts :

- La loi prévoit le contrôle des procédures, tout en laissant aux structures la liberté de les adapter à leur réalité quotidienne. Les procédures élaborées par la structure sont particulièrement précises et requièrent une rigueur élevée afin de les mettre en œuvre correctement. Le résultat obtenu lors de l'évaluation démontre une très bonne maîtrise des process mis en place, dans un contexte de grande exigence, garantissant ainsi une prise en charge de haut niveau pour les résidents.

- Les couloirs sont décorés avec beaucoup d'éléments, dont les photos des résidents, ce qui donne une note très personnelle aux lieux de passage. L'individualisation ne se limite donc pas seulement aux logements des résidents, mais comprend la structure entière. Par le biais des « Poterronnen » l'avis des résidents sur le programme d'animation à venir est sollicité. Ceci explique, en partie au moins, pourquoi les résidents sont très satisfaits du programme.

- Les résidents apprécient beaucoup la présence du directeur. Ils distinguent unanimement le personnel soignant et d'encadrement, information largement soulignée lors des échanges portant sur le volet de la bientraitance, en particulier le comportement du personnel à leur égard.

Axes de progrès :

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

Le seul domaine de l'enquête de satisfaction pour lequel un important levier d'amélioration existe, concerne certains volets des repas. La variété, la qualité et le goût ne satisfont pas les résidents interrogés. Pour la qualité, le degré de cuisson des viandes est cité à plusieurs reprises comme n'étant pas adapté aux personnes âgées. La répétitivité des menus ou l'absence de recettes / ingrédients attendus par les résidents ont été également cités par les résidents interrogés. La structure devrait étudier en détail la problématique auprès de ses résidents afin de mieux la cerner et y prendre en compte adéquatement.



Conclusion

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

$$\frac{\text{Total des points attribués}}{\text{Maximum des points pouvant être atteints}} \times 100$$

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

- « 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 et accueil du résident et plan de vie individuel	50 / 56	Bien
Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	31 / 36	Bien
Participation, animation et vie sociale	16 / 16	Excellente
Repas	8 / 8	Excellente
Logement et circulation	7 / 12	Insuffisante
Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel	117 / 143	Bien
Enquête de satisfaction auprès des résidents	204 / 235	Bien

Aucune catégorie n'ayant reçu l'appréciation « insuffisante », l'organisme gestionnaire ne doit soumettre aucun programme de remédiation, conformément à l'article 13(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 31 juillet 2025

Rédacteur : 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 : Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique

Service évalué : Centre Pontalize (agrément PA/16/00)

Date de l'évaluation : 30/06/2025

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) ?	
A) Admission et accueil du résident et plan de vie individuel	SH-A12	Pour donner suite à l'introduction de la nouvelle loi sur la qualité, le Pontalize a pris la décision d'adapter les contrats de ses clients existants par le biais d'un avenant conforme aux nouvelles exigences réglementaires. Les nouveaux clients ont reçu un contrat actualisé, incluant l'ensemble des annexes, qui leur a été transmis dans son intégralité. Des rendez-vous personnalisés ont été proposés afin de permettre aux clients de poser leurs questions et de clarifier certains points.

		L'établissement d'un « État des lieux » rétroactif pour les résidents de longue date n'a pas été réalisé, car il ne refléterait pas fidèlement l'état initial des chambres au moment de leur entrée. En revanche, pour les nouveaux contrats, la réalisation d'un « État des lieux » constitue une étape incontournable du processus d'admission.
B) Prestations et service dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	SH-B16	Le Pontalize dispose d'un concept de mobilité bien pensé, visant à promouvoir l'activité physique ainsi que la qualité de vie des résidents. Le personnel est régulièrement formé selon ce concept afin de garantir une mise en œuvre conforme aux standards de qualité et adaptée aux besoins individuels. Dans le cadre de ces formations, nous encourageons activement la formation continue du plus grand nombre possible de collaborateurs en kinesthétique, afin d'assurer une mise en œuvre durable et généralisée du concept de mobilité. Dans le cadre de ce programme, de nombreuses promenades sont organisées, tant à proximité immédiate de l'établissement que dans différents quartiers d'Ettelbruck. Ces activités sont coordonnées par l'équipe encadrante et soutenues avec enthousiasme par des bénévoles engagés, afin de favoriser une atmosphère vivante et de renforcer la participation sociale des résidents.
C) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel	SH-C2	Avec l'entrée en vigueur de la loi relative à la qualité des services destinés aux personnes âgées, la structure fondamentale du Dossier Individuel du résident a été entièrement revue et adaptée aux nouvelles exigences légales. Le Pontalize a pris la décision de proposer à l'ensemble des collaborateurs une formation interne, visant à garantir une mise en œuvre cohérente et conforme aux standards de qualité. Au moment de la visite qualité, cette formation était encore en cours et n'avait donc pas été finalisée.

		Par ailleurs, le concept d'accompagnement des personnes atteintes de démence au sein du Pontalize repose sur les mêmes bases légales. Il intègre la formation obligatoire en psychogériatrie, telle que prévue par la loi. Conformément aux dispositions légales, cette mise en œuvre est prévue sur une période de cinq ans, ce qui permet au Pontalize de progresser dans ce domaine selon un calendrier conforme aux exigences réglementaires.
	SH-C20	Au sein du Pontalize, le concept d'accompagnement des personnes atteintes de démence repose sur la formation obligatoire en psychiatrie gériatrique, telle que prévue par la législation. Cette formation constitue la base professionnelle nécessaire pour garantir un accompagnement adapté et de qualité. La législation prévoit une période transitoire de cinq ans pour la mise en œuvre de cette formation, afin de permettre une qualification généralisée du personnel encadrant et d'assurer une intégration durable du dispositif. Dans ce contexte, le Pontalize se trouve actuellement dans une phase de mise en œuvre structurée et conforme aux dispositions légales, en respectant le calendrier prévu et en veillant à une intégration qualitative du concept.
	SH-C37	La distribution des médicaments, en particulier en situations d'urgence, est encadrée au Pontalize par des directives claires et strictes. Ces lignes directrices garantissent à la fois la sécurité des résidents et le respect des normes légales et professionnelles en vigueur. Les membres du personnel ainsi que la pharmacie partenaire sont soumis à des contrôles rigoureux conformément à ces prescriptions. Cette collaboration structurée permet d'assurer une administration médicamenteuse constante, transparente et conforme aux exigences de qualité.

	SH-C39	La collaboration étroite avec la pharmacie partenaire repose sur un contrôle continu et une communication rigoureuse. Afin de garantir une sécurité maximale dans le processus de dispensation des médicaments, un contrôle de vérification multiple a été instauré comme standard au Pontalize. Cette approche systématique permet d'assurer une traçabilité optimale, une réactivité en cas de situations critiques et le respect des exigences de qualité pharmaceutique et soignante.
D) Enquête de satisfaction auprès des résidents	SH-D34	Les résidents du Pontalize ont la possibilité de choisir chaque jour parmi plusieurs menus variés. Il est également possible d'adapter les composants individuels des repas afin de répondre aux préférences et aux besoins spécifiques de chacun. Cette diversité est assurée pour tous les repas – petit-déjeuner, déjeuner, dîner – ainsi que pour les collations. En cas de pathologies particulières ou de besoins diététiques spécifiques, le menu quotidien peut être ajusté en conséquence, garantissant ainsi une alimentation adaptée et conforme aux exigences de santé individuelle.
	SH-D35	Les résidents du Pontalize sont quotidiennement impliqués dans le choix des plats proposés. Grâce à l'organe du conseil de maison (Heemrot), ils peuvent exercer une influence sur l'élaboration du plan des menus et faire part de leurs souhaits ou suggestions personnelles. À leur demande, notre restaurant organise plusieurs fois par an des événements spéciaux tels que des célébrations à l'occasion de fêtes, des barbecues saisonniers ou encore des semaines thématiques comme la Semaine de la diversité, qui favorisent la convivialité et enrichissent la vie communautaire, ou encore un après-midi musical pour fêter les anniversaires pour l'ensemble des résidents.

	SH-D36	La présentation de nos menus fait l'objet d'un contrôle rigoureux assuré par notre service de restauration. Ce contrôle est effectué plusieurs fois par semaine afin de garantir une qualité constante ainsi qu'une présentation attrayante des plats. En cas de besoin, des ajustements individuels sont réalisés pour répondre aux attentes des résidents et aux exigences particulières.
	SH-D37	Notre service de restauration est engagé envers le label « Sou schmaacht Lëtzebuerg », mettant ainsi en valeur les produits régionaux luxembourgeois. Par l'utilisation de produits locaux issus de producteurs régionaux et la mise en avant de recettes traditionnelles, nous soulignons consciemment le caractère régional de nos plats. Cet engagement renforce non seulement l'identité culinaire de notre établissement, mais soutient également de manière durable les producteurs locaux ainsi que le tissu communautaire de la région.
	SH-D39	Des dégustations sont réalisées du lundi au vendredi, 52 semaines par an, en collaboration avec la cuisine de production et le service restauration. Lors de ces tests de gout, les cuissons, les assaisonnements et la présentation sont partagés afin de pouvoir répondre objectivement aux attentes et préférences de la majorité des résidents. La perception du gout étant une variable subjective. Des rectifications sont apportées au besoin, dans l'intérêt de l'ensemble des résidents.

Date et signature :

13.08.2025


Torsten JAKOBS
 Directeur
 17, avenue des Alliés
 L-9012 Ettelbruck
 T. (+352) 2682-7032
torsten.jakobs@chnp.lu
 Pontalize