



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	09/03/2026 (Interviews entre le 16/02/2026 et le 23/02/2026)
Type de service pour personnes âgées	Centre de jour pour personnes âgées
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
Adresse	17, Avenue des Allies L-9012 ETTELBRUCK
Nom du Service	A Stackels
Adresse	17, Avenue des Allies L-9012 ETTELBRUCK
Numéro agrément en vigueur	PA/07/04/004
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Sandy RAACH Nuri LEIRO 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° Admission et accueil de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur ;

2° Fourniture des prestations et services définis à l'article 34 avec les sous-catégories participation, animation et vie sociale ainsi que repas ;

3° Mise en œuvre du règlement général défini à l'article 39 ainsi qu'établissement et gestion du dossier individuel défini à l'article 42 ;

4° Degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services définis à l'article 34 et au règlement général défini à l'article 39.



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

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 usagers » de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

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

10 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 10 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% des 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 et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel				
CDJ-A1	Le personnel applique la procédure d'admission (admission préventive et urgente) du nouvel usager	5/5	Admission et accueil	
CDJ-A2	Existence d'une procédure écrite d'accueil de l'utilisateur	1/1	Admission et accueil	
CDJ-A3	Le personnel applique la procédure écrite d'accueil de l'utilisateur	5/5	Admission et accueil	
CDJ-A4	Le plan de vie individuel est tenu à jour en cas de changements	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-A5	Le plan de vie individuel tient compte de l'état de santé de l'utilisateur	2/5	Plan de vie individuel	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-A6	Le plan de vie individuel tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A7	Le plan de vie individuel tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A8	Le plan de vie individuel tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A9	Le plan de vie individuel tient compte de la biographie de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A10	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan de vie individuel de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
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				
CDJ-B1	Existence d'un concept écrit ou d'une procédure écrite garantissant l'implication de l'utilisateur dans la vie et dans le développement du centre de jour pour personnes âgées	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B2	L'utilisateur connaît les moyens selon lesquels il peut participer à la vie et au développement du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Participation, animation et vie sociale	0 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 2 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-B3	Le programme d'animation et de vie sociale est affiché	1/1	Participation, animation et vie sociale	



CDJ-B4	Le programme d'animation et de vie sociale est connu par l'utilisateur	5/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B5	Implication des usagers dans l'établissement du plan d'animation et de vie sociale	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B6	Organisation d'activités individuelles (en dehors d'activités en groupe) indépendamment des prestations de l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B7	Organisation d'activités spécifiques pour des usagers atteints d'une maladie démentielle indépendamment des prestations de l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
Sous catégorie : Repas				
CDJ-B8	Existence d'un concept de nutrition et d'hydratation	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-B9	L'utilisateur a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...)	1/1	Soins et continuité des soins	
c) Catégorie : Mise en oeuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel				
CDJ-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'utilisateur	4/5	Dossier individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C5	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-C6	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C7	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	0/5	Soins et continuité des soins	8 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C8	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C9	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
CDJ-C10	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	5/5	Hygiène et sanitaire	
CDJ-C11	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	5/5	Hygiène et sanitaire	



CDJ-C12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C14	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	
CDJ-C15	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	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C16	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	8 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C17	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	5/5	Soins et continuité des soins	
CDJ-C18	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C19	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	5/5	Bientraitance	
CDJ-C20	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	1/1	Sécurité	
CDJ-C21	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	5/5	Sécurité	
CDJ-C22	Existence d'une procédure écrite en cas de fugue d'un usager ou en cas d'un usager porté disparu	1/1	Sécurité	
CDJ-C23	Le personnel applique la procédure écrite en cas de fugue d'un usager ou en cas d'un usager porté disparu	4/5	Sécurité	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C24	Le personnel connaît le règlement de sécurité et le plan d'intervention	5/5	Sécurité	
CDJ-C25	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
CDJ-C26	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux usagers	5/5	Organisation	
CDJ-C27	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	Ethique	
CDJ-C28	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'usager, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	



CDJ-C29	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	5/5	Gestion des réclamations	
CDJ-C30	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	
CDJ-C31	L'utilisateur a accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI, ...)	5/5	Infrastructure	
CDJ-C32	Existence d'un plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires) pour le centre de jour pour personnes âgées	1/1	Hygiène et sanitaire	
CDJ-C33	Le personnel applique le plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires) pour le centre de jour pour personnes âgées	4/5	Hygiène et sanitaire	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C34	Existence d'un concept permettant à l'utilisateur de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour pour personnes âgées	1/1	Sécurité	
CDJ-C35	Le personnel applique le concept permettant à l'utilisateur de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour pour personnes âgées	0/5	Sécurité	7 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)

d) Enquête de satisfaction auprès des usagers

CDJ-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contrat de prise en charge qui lui a été expliqué	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le règlement d'ordre intérieur qui lui a été expliqué	5/5	Admission et accueil	
CDJ-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan de vie individuel	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D4	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement de la planification hebdomadaire/ mensuelle des activités	3/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 6 non applicable(s))
CDJ-D5	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement des menus de la semaine	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
CDJ-D6	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
CDJ-D7	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	4/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D8	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	5/5	Ethique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 5 non applicable(s))
CDJ-D9	L'utilisateur est satisfait de l'entretien du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	
CDJ-D10	L'utilisateur est satisfait de la qualité du nettoyage du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Hygiène et sanitaire	
CDJ-D11	L'utilisateur est satisfait de l'entretien des lieux du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	
CDJ-D12	L'utilisateur est satisfait de l'hygiène des sanitaires	5/5	Hygiène et sanitaire	



CDJ-D13	L'utilisateur est satisfait de la température au sein du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	
CDJ-D14	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition	5/5	Infrastructure	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
CDJ-D15	L'utilisateur a accès à des activités qui correspondent à ses intérêts et besoins	5/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-D16	Le personnel est à l'écoute de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D17	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
CDJ-D18	Le personnel motive l'utilisateur à participer à des activités adaptées à ses intérêts et besoins	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-D19	Le personnel est respectueux envers l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D20	Le personnel respecte le plan de vie individuel de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-D21	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D22	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D23	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D24	Le personnel réagit en temps utile aux appels d'urgence de l'utilisateur	5/5	Sécurité	
CDJ-D25	Le chargé de direction veille au bon fonctionnement du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Organisation	
CDJ-D26	L'utilisateur est satisfait des horaires de prise de repas	5/5	Repas	
CDJ-D27	L'utilisateur est satisfait de la variété des repas	5/5	Repas	
CDJ-D28	L'utilisateur est impliqué dans le choix des menus	5/5	Repas	
CDJ-D29	L'utilisateur est satisfait de la présentation des repas	5/5	Repas	
CDJ-D30	L'utilisateur est satisfait de la qualité des repas	5/5	Repas	
CDJ-D31	L'utilisateur est satisfait de la quantité des repas	5/5	Repas	
CDJ-D32	L'utilisateur est satisfait du goût des repas	5/5	Repas	
CDJ-D33	L'utilisateur est satisfait de la température des repas	5/5	Repas	
CDJ-D34	L'utilisateur est satisfait du service des repas	5/5	Repas	
CDJ-D35	Le personnel tient compte de ses besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
CDJ-D36	L'utilisateur est satisfait du programme des activités	3/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D37	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins administrés	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
CDJ-D38	L'utilisateur obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



CDJ-D39	L'utilisateur a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 7 non applicable(s))
CDJ-D40	L'utilisateur, son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du centre de jour pour personnes âgées ou l'encadrement de l'utilisateur	4/5	Organisation	



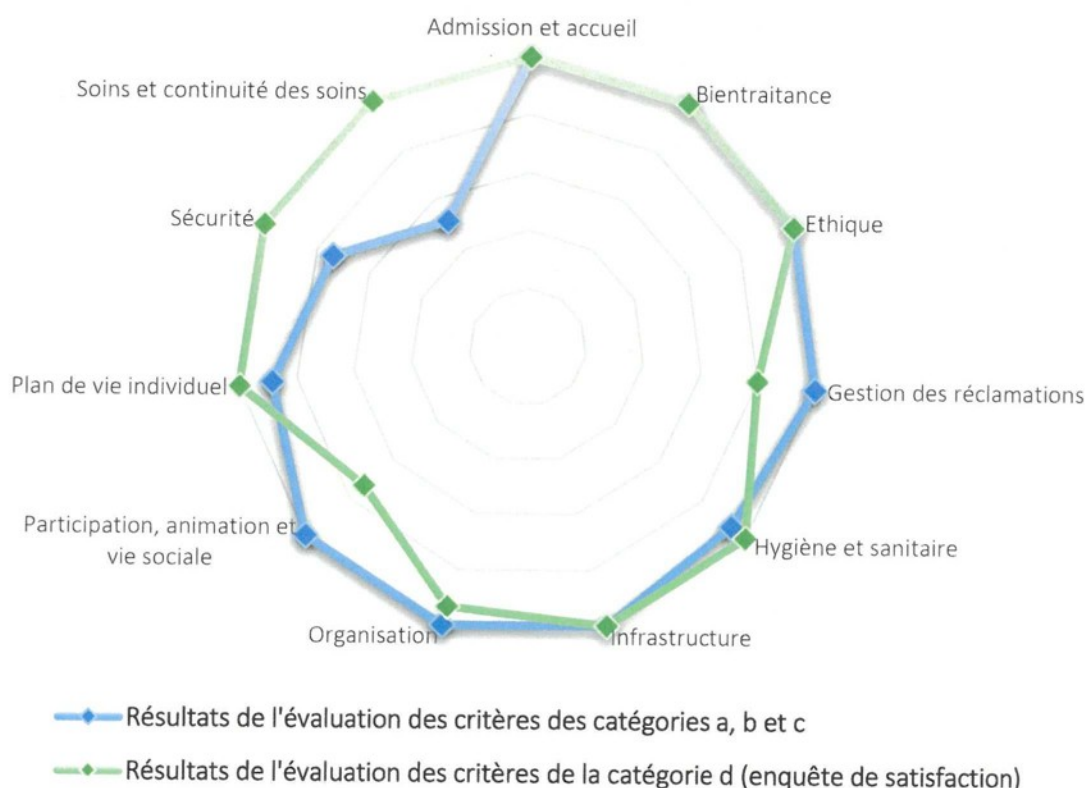
1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

1.2.1. Analyse des résultats par domaine

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

Aucun critère portant sur le domaine « dossier individuel » ne fait l'objet d'une évaluation par l'utilisateur, respectivement aucun critère portant sur le domaine « repas » ne fait l'objet d'une évaluation par les agents de la cellule Qualité. Par conséquent, ces domaines 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).

Le domaine « repas », à différencier de la catégorie « repas » définie dans la loi précitée du 23 août 2023, couvre la restauration et ses différents aspects (service, choix des menus...).



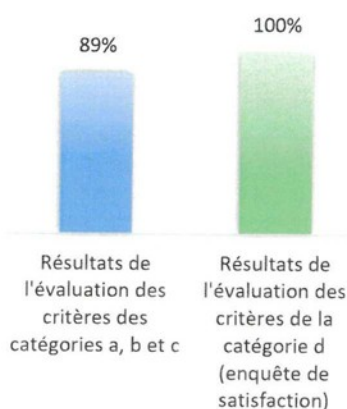
La cellule Qualité observe une grande hétérogénéité sur la plupart des domaines entre les résultats de l'évaluation des critères des catégories a, b et c, et de l'enquête de satisfaction auprès de usagers (catégorie d). Les éléments d'explication sur les différences et les points communs, basés sur les dossiers évalués et les interviews menées auprès des usagers, sont analysés plus en détails sur les paragraphes suivants.



1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel



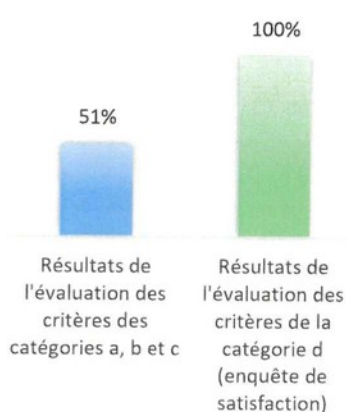
3. Participation, animation et vie sociale



4. Repas



5. Soins et continuité des soins



6. Hygiène et sanitaire



7. Organisation

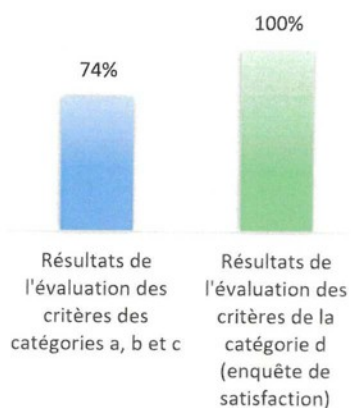


8. Infrastructure

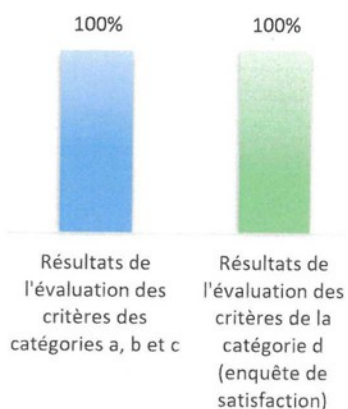




9. Sécurité



10. Ethique



11. Bientraitance



12. Gestion des réclamations



13. Dossier individuel



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



- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouvel usager et d'admission a été avisée. La mise en œuvre de la procédure d'accueil est jugée satisfaisante au regard des différents points de contrôle examinés. Les agents de la cellule ont notamment vérifié la réalisation des entretiens préalables à l'admission, comprenant l'établissement de l'anamnèse, la prise en compte des éléments relatifs à la situation de soins antérieure de l'usager, l'examen des conditions d'admission, ainsi que la conclusion du contrat d'hébergement et la remise des documents y afférents, en tenant compte, le cas échéant, de la langue de l'usager. Les vérifications effectuées montrent que ces différentes étapes ont bien été réalisées. Il ressort des éléments examinés que, lors de ces entretiens, le contenu des contrats de prise en charge a été expliqué aux usagers ou, le cas échéant, à leur représentant légal. Les contrats consultés sont conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées. Lors des entretiens avec les usagers, les agents ont demandé si l'usager (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat de prise en charge et du règlement d'ordre intérieur sur base des explications données. Les réponses recueillies montrent que, dans l'ensemble, ces documents ont été expliqués de manière satisfaisante et compris par les usagers interrogés. Plusieurs d'entre eux ont indiqué que le personnel avait pris le temps nécessaire pour leur fournir les explications utiles, parfois en présence d'un proche. Quelques usagers ne se souvenaient plus précisément du contenu des documents, sans que cela ne remette en cause la qualité perçue des explications reçues.

- « **Plan de vie individuel** » : le plan de vie individuel est au cœur de la prise en charge de l'usager. 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 de l'usager, ses capacités cognitives, son degré de dépendance, ses volontés et préférences personnelles, la biographie, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'usager connaît et respecte son plan de vie individuel. La mise à jour du plan de vie individuel apparaît globalement réalisée conformément à la périodicité prévue. Les agents ont toutefois relevé un dossier dans lequel un intervalle de quatre mois a été constaté entre deux mises à jour. Les modifications apportées au plan de vie individuel restent par ailleurs lisibles dans le logiciel, chaque actualisation ouvrant un nouvel onglet et faisant apparaître les ajouts et suppressions, ce qui facilite la prise de connaissance des évolutions par les collaborateurs. En ce qui concerne le degré de dépendance, les aides techniques, les préférences, les habitudes de vie et les volontés personnelles des usagers, les éléments attendus ont pu être retrouvés dans les dossiers examinés. Les plans de vie individuels sont globalement bien renseignés et contiennent de nombreux éléments utiles à l'individualisation de l'accompagnement. Les agents ont également vérifié si le plan de vie individuel tient compte de l'état de santé de l'usager, notamment pour les usagers pour lesquels le centre de jour assure la gestion des médicaments. À cet égard, la documentation apparaît globalement cohérente avec la situation clinique des usagers, mais des écarts ont été relevés dans trois des dix dossiers examinés. Dans ces situations, les ordonnances médicales n'étaient pas systématiquement à jour, étaient échues ou ne permettaient pas de retracer l'ensemble des traitements administrés au centre de jour, ce qui limite la visibilité complète du traitement médicamenteux. La biographie est également complétée dans les dossiers consultés. Les informations qui y figurent demeurent toutefois souvent limitées et gagneraient, dans l'ensemble, à être davantage développées afin d'en renforcer l'utilité dans l'accompagnement quotidien. Enfin, les échanges menés avec la cheffe adjointe mettent en évidence une bonne connaissance globale des usagers. Pour un des dix dossiers, les connaissances se sont toutefois révélées plus générales et moins précises.



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 de vie, si le personnel respectait ce plan de vie individuel et s'il les motivait à participer à des activités adaptées à leurs intérêts et besoins. Il ressort des entretiens que les usagers sont, dans l'ensemble, associés à l'élaboration initiale de leur plan de vie. Les éléments recueillis montrent également que leurs habitudes, préférences et choix personnels sont globalement respectés par le personnel. Un usager a notamment indiqué ne pas souhaiter communiquer certaines informations personnelles, ce qui a été respecté. Les usagers interrogés indiquent par ailleurs être régulièrement invités et encouragés à participer aux activités proposées, y compris lorsqu'ils privilégient habituellement d'autres occupations. Dans l'ensemble, les retours recueillis sur ces différentes thématiques apparaissent très satisfaisants.

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

Le programme d'animation et de vie sociale est affiché. Le concept ou la procédure garantissant l'implication de l'usager dans la vie et le développement du service existe. Lors des échanges avec les usagers notamment, il ressort que ces derniers connaissent les moyens selon lesquels ils peuvent participer à la vie et au développement du centre de jour. Ils indiquent connaître le programme d'animation et de vie sociale. Les échanges montrent que les usagers sont, dans l'ensemble, bien informés des activités proposées, tant par l'affichage du programme au sein de la structure que par la remise régulière d'un planning journalier ou hebdomadaire et se sentent impliqués dans l'établissement de la planification hebdomadaire / mensuelle des activités. Une majorité des usagers interrogés n'a pas souhaité être davantage impliquée dans ce processus. Tandis que d'autres estiment pouvoir formuler des propositions, sans pour autant souhaiter le faire. Quelques usagers ont toutefois exprimé le souhait de pouvoir contribuer davantage à la programmation. Il ressort des échanges qu'au moins une proposition formulée par un usager a été prise en compte et mise en œuvre. Dans l'ensemble, l'implication effective des usagers dans la planification des activités semble variable. Les retours recueillis indiquent que les activités proposées correspondent globalement à leurs intérêts et besoins. La majorité des usagers interrogés se déclare satisfaite du programme, qu'elle juge intéressant et adapté. Quelques réserves ont néanmoins été formulées, certains usagers souhaitant une offre plus diversifiée, davantage d'activités extérieures ou des animations complémentaires à certains moments de la journée. Un usager a exprimé une insatisfaction marquée, estimant que certaines activités revenaient de manière trop répétitive. Par ailleurs, les dispositifs pour impliquer les usagers dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale existent et sont fonctionnels.



- « **Repas** » : Les usagers interrogés expriment les constats suivants :
- *Implication dans l'établissement des menus de la semaine et choix des menus* : satisfaits. Il ressort des entretiens que la majorité des usagers se montrent satisfaits des repas servis et n'expriment pas de souhait particulier de participer davantage à l'élaboration des menus. Plusieurs d'entre eux indiquent ne pas souhaiter s'impliquer sur ce point, soit par manque d'intérêt, soit parce qu'ils fréquentent le centre de jour de manière plus occasionnelle. Quelques usagers rapportent toutefois avoir déjà formulé des propositions ou observations en lien avec les repas, lesquelles auraient été prises en compte. Les échanges mettent ainsi en évidence qu'une possibilité d'expression existe en pratique sur cette thématique ;
 - *Horaires de prise des repas* : très satisfaits ;
 - *Variété* : très satisfaits, bien qu'un usager ait exprimé le souhait de disposer d'un choix plus étendu ;
 - *Présentation* : très satisfaits ;
 - *Qualité* : très satisfaits ;
 - *Quantité* : très satisfaits, plusieurs usagers relèvent que les portions sont copieuses, voire parfois trop importantes, sans que cela ne suscite d'insatisfaction ;
 - *Goût* : très satisfaits, quelques réserves ponctuelles ont été formulées, notamment en lien avec l'assaisonnement de certains plats ;
 - *Température* : très satisfaits. Les assiettes pourraient être davantage chauffées afin de limiter le refroidissement trop rapide des plats ;
 - *Service* : très satisfaits.
- « **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 met en évidence des écarts significatifs au regard des modalités prévues. Sur les dix dossiers examinés, seuls deux sont conformes. Dans la majorité des dossiers contrôlés, l'évaluation initiale de l'échelle de Norton à l'admission n'a pas pu être retracée et, dans plusieurs cas, la périodicité des réévaluations excède le délai maximal de trois mois fixé par le service ;
 - *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de sa mise en application indique que chaque usager se voit attribuer une personne de référence, chargée de l'élaboration et de la réévaluation du plan de vie individuel. Les coordonnées utiles, notamment celles des médecins et des proches, sont par ailleurs renseignées dans le dossier individuel ;
 - *Hydratation et nutrition (dont besoins spécifiques)* : l'utilisateur a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...). Le service a défini un concept de nutrition et d'hydratation. L'évaluation de sa mise en application met en évidence une traçabilité incomplète des pesées mensuelles prévues par la procédure dans huit des dix dossiers examinés, certaines pesées n'ayant pas pu être retracées au cours de l'année dernière. Selon les explications fournies, ces écarts s'expliqueraient notamment par des indisponibilités temporaires du matériel de pesée ainsi que par des absences d'utilisateurs. Il peut toutefois être observé que, même en cas d'indisponibilité temporaire du matériel de pesée au sein du service, un croisement avec les données éventuellement disponibles auprès des intervenants impliqués dans la prise en charge à domicile aurait, dans certains cas, permis de limiter ces lacunes de traçabilité ;



- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'usager à un transfert vers le milieu hospitalier, ainsi que les communications auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence en milieu hospitalier, la cellule a évalué leur mise en application, il ressort des éléments examinés que le service ne dispose pas systématiquement d'une information directe sur les hospitalisations des usagers, sauf lorsque celles-ci interviennent durant leur présence au centre de jour. La traçabilité des éléments relatifs au retour d'hospitalisation est variable, un dossier ne permettant pas de retracer des éléments suffisants à cet égard. En ce qui concerne la communication du transfert en urgence, des écarts importants ont été constatés : dans neuf des dix situations examinées, la preuve de l'information des proches et/ou du médecin traitant n'était pas documentée. S'agissant du retour d'hospitalisation, cette information n'a pas davantage pu être retracée dans huit des dix situations examinées. Il peut toutefois être relevé que, dans certaines situations, certaines informations utiles au suivi de l'usager pouvaient également être disponibles auprès des autres intervenants impliqués dans l'accompagnement à domicile. Une meilleure coordination ou un échange plus systématique avec ces derniers aurait pu contribuer à limiter certaines lacunes de traçabilité ;
- *Concepts spécifiques (usagers atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. Lors de la vérification de la mise en œuvre de ces concepts s'agissant des usagers atteints de démence, les agents ont constaté que la personne de confiance est, dans l'ensemble, renseignée dans les dossiers examinés. Les éléments consultés mettent surtout en évidence une offre régulière et diversifiée d'activités adaptées aux usagers concernés, couvrant les dimensions sociale, créative, cognitive et physique. La documentation consultée permet d'en retracer la régularité. Cette diversité constitue un point fort au regard de la stimulation et du bien-être des usagers. S'agissant de la prise en charge de la fin de vie, les agents ont vérifié si les directives anticipées faisaient l'objet d'une documentation dans les dossiers examinés. Il ressort des éléments consultés que cette thématique est abordée dans le cadre de l'admission. Toutefois, la traçabilité de cette démarche apparaît variable : dans quatre situations consultées, seule la mention de l'absence de directive anticipée figurait au dossier, sans qu'il soit possible de retracer clairement si l'usager ou, le cas échéant, son entourage avait été informé de cette possibilité ou encore si la question avait été formellement abordée. Selon les explications fournies, la documentation de cet élément a récemment été renforcée.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur la prise en compte de leurs besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques, sur la qualité des soins qui leur sont administrés, et sur l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. En ce qui concerne les besoins spécifiques en matière de nutrition et d'hydratation, huit des dix usagers interrogés ont indiqué ne pas suivre de régime particulier et n'ont, pour cette raison, pas souhaité se prononcer. Les deux autres usagers, bien que non directement concernés eux-mêmes, ont indiqué constater que le personnel était attentif aux régimes et besoins particuliers des autres usagers. S'agissant de la qualité des soins, huit des dix usagers ont indiqué être autonomes au sein du centre de jour, même lorsqu'ils bénéficient d'un accompagnement à domicile en dehors de leur présence au service. Les quelques usagers concernés se sont montrés satisfaits de l'aide reçue lorsqu'elle est nécessaire, et un usager a également relevé que le personnel réagissait de manière adéquate lorsqu'un autre usager avait besoin d'assistance. Enfin, en ce qui concerne l'accès aux soins médicaux, sept des dix usagers ont indiqué ne pas bénéficier de soins médicaux au centre de jour, ceux-ci étant assurés soit à domicile, soit de manière autonome. Les usagers directement concernés se sont montrés satisfaits de la prise en charge médicale dont ils bénéficient au sein du service.



- « **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 ainsi que le plan de nettoyage existant, détaillant les règles d'hygiène et sanitaires à respecter pour le centre de jour. La mise en application des procédures et des concepts en matière d'hygiène et de prévention est jugée très satisfaisante. Après vérification, les agents de la cellule ont constaté qu'aucun membre du personnel ne portait de bijoux, conformément aux bonnes pratiques en vigueur ainsi qu'à la procédure interne de prévention et de lutte contre les infections du service.

Les agents ont également interrogé le personnel sur les indications relatives à l'hygiène des mains ainsi que sur les principaux modes de transmission des infections. Les réponses apportées se sont révélées satisfaisantes, l'ensemble des personnes interrogées ayant répondu de manière adéquate. Par ailleurs, la traçabilité du nettoyage quotidien du centre de jour a été vérifiée. À cet égard, l'ensemble des preuves nécessaires a pu être retrouvé, à l'exception d'un défaut ponctuel de traçabilité concernant le nettoyage de la salle de bien-être. Enfin, le plan d'hygiène apparaît globalement respecté.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du centre de jour* : les usagers interrogés se sont montrés unanimement satisfaits. Tous les retours recueillis soulignent que les locaux sont propres et bien entretenus ;
- *Hygiène des sanitaires* : très satisfaits, les usagers interrogés indiquent que les toilettes sont, dans l'ensemble, propres et régulièrement entretenues.

- « **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 : l'organigramme (à jour) a bien été communiqué au personnel et aux usagers. Un plan de formation du personnel existe également.

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

- *Chargé de direction* : Les usagers interrogés expriment, dans leur grande majorité, une appréciation positive du chargé de direction, qu'ils décrivent comme disponible, bienveillant et attentif au bon fonctionnement du service. Plusieurs d'entre eux soulignent également que le centre de jour fonctionne globalement de manière satisfaisante. Une réserve isolée a été formulée concernant un manque de personnel ressenti. En ce qui concerne l'information relative aux changements ayant un impact sur le fonctionnement du centre de jour ou sur l'encadrement des usagers, la majorité des usagers interrogés indique se sentir suffisamment informée, que ce soit par le biais de courriers, de feuillets remis à domicile ou d'informations transmises directement par le personnel. Deux usagers expriment le souhait de recevoir davantage d'informations, notamment lorsque leur fréquence de présence au centre est plus limitée ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte* : Les usagers interrogés indiquent, dans l'ensemble, bénéficier de l'aide nécessaire pour leurs déplacements à l'intérieur du centre de jour ainsi que, lorsque cela est requis. Plusieurs d'entre eux se décrivent comme autonomes, tandis que ceux nécessitant un accompagnement ponctuel ou régulier estiment recevoir le soutien adapté de la part du personnel. Les échanges mettent également en évidence que l'accès à l'extérieur depuis le deuxième étage est sécurisé ; les usagers autonomes peuvent disposer du code d'accès, tandis qu'une assistance est apportée pour l'ouverture des portes lorsque cela s'avère nécessaire.



- « **Infrastructure** » : les usagers ont accès à des moyens assurant la communication interne et externe. Un téléphone mis à disposition au sein du centre de jour peut être utilisé par les usagers, et un accès gratuit au Wi-Fi est également disponible, le code étant accessible à l'accueil. Une télévision peut également être mise à disposition sur demande. Le service propose par ailleurs différents supports de lecture et d'information, notamment des jeux de mots quotidiens, des pochettes de lecture, des journaux et diverses revues, y compris de manière périodique. Les usagers ont indiqué que la qualité de ces moyens de communication à leur disposition personnelle était très satisfaisante.

Les usagers interrogés expriment, dans leur grande majorité, une appréciation positive quant à l'entretien général du centre de jour, aux locaux et au matériel mis à leur disposition. Ils indiquent globalement que les équipements sont fonctionnels, que les éventuels dysfonctionnements sont pris en charge rapidement et que l'environnement est soigné. Quelques réserves ponctuelles ont toutefois été formulées. Plusieurs usagers relèvent que l'éclairage automatique par détecteur de mouvement installé dans certains espaces communs peut s'éteindre pendant les activités, ce qui occasionne une gêne. Enfin, les usagers interrogés se montrent, dans l'ensemble, satisfaits de la température au sein du centre de jour. Quelques réserves ponctuelles ont été exprimées, plusieurs usagers estimant qu'il y fait parfois trop chaud, notamment dans le grand salon. Ces remarques demeurent ponctuelles et n'altèrent pas l'appréciation globalement positive portée sur ce point.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a constaté l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, fugue ou usager porté disparu, et l'existence d'un concept permettant à l'utilisateur de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Le concept relatif à la circulation sécurisée des usagers n'est pas appliqué de manière satisfaisante. Au total, sept des dix dossiers examinés présentent des écarts sur ce point. Les agents ont, d'une part, vérifié la réalisation du test de Tinetti selon les modalités prévues par la procédure. Plusieurs écarts ont été relevés : le test n'a pas toujours été réalisé après une hospitalisation, comme prévu, ni selon la périodicité attendue, à savoir mensuellement lorsque le score est inférieur ou égal à 20 et trimestriellement lorsqu'il est supérieur à 20. D'autre part, les agents ont examiné les activités destinées à favoriser et à préserver la mobilité des usagers. Si de telles activités ont pu être retracées dans les dossiers consultés, leur documentation ne permet pas, dans plusieurs situations, d'en apprécier de manière suffisante le déroulement, les objectifs poursuivis, ni la participation ou la réaction de l'utilisateur au regard de sa mobilité. En ce qui concerne les accidents et incidents, les agents de la cellule Qualité ont constaté que ceux-ci font l'objet d'une documentation particulièrement aboutie. Le personnel dispose d'un formulaire dédié accessible via l'intranet, permettant de déclarer les événements indésirables en les catégorisant. Pour les situations consultées, les faits étaient décrits, analysés et suivis, les mesures prises étant documentées et les dossiers revus par le service qualité ainsi que par le chargé de direction du service. Ce dispositif apparaît particulièrement bien maîtrisé et témoigne d'une démarche d'amélioration continue, le service ayant indiqué poursuivre encore l'optimisation de ses outils de documentation. S'agissant du risque de fugue, les agents ont, d'une part, interrogé le personnel sur les étapes à suivre lorsqu'un usager ne peut être localisé. Les réponses apportées se sont révélées globalement satisfaisantes, une seule personne interrogée n'ayant pas été en mesure de répondre de manière complète et suffisamment précise. D'autre part, les agents ont vérifié que, pour les usagers identifiés comme présentant un risque de fugue, les lieux de destination probables ou habitudes de déplacement étaient renseignés dans la biographie. Aucun écart n'a été constaté à ce niveau.



Le personnel a également été interrogé afin d'évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention. Les réponses apportées mettent en évidence une connaissance globalement satisfaisante de la conduite à tenir en cas d'incendie. Chaque membre du personnel interrogé a su répondre de manière adéquate aux questions posées, notamment s'agissant de l'alerte des personnes compétentes et de l'évacuation sécurisée des usagers. Aucun écart majeur n'a été constaté sur ce point. Les usagers interrogés estiment, que le personnel réagit rapidement lorsqu'ils sollicitent une aide ou en cas de besoin.

- « **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, notamment par affichage au sein du service.

En parallèle, les agents ont demandé aux usagers interrogés s'ils étaient satisfaits des explications reçues au sujet du comité d'éthique et de sa procédure de saisine. Les échanges montrent que cette thématique n'était pas toujours clairement identifiée avant les informations récemment apportées par le service. À la suite de ces explications, la majorité des usagers interrogés se montrent toutefois satisfaits des informations reçues et du support mis à leur disposition. Quelques usagers n'ont pas souhaité se prononcer, faute d'intérêt particulier pour le sujet.

- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'utilisateur à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'utilisateur, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. Les agents ont d'abord examiné si le personnel avait suivi plusieurs formations en lien avec la bientraitance. À cet égard, ils ont vérifié la participation à une formation générale relative à la bientraitance, notamment dans le cadre d'une journée de réflexion dédiée, ainsi qu'à une formation relative au RGPD, destinée à garantir la protection des données personnelles des usagers et à sensibiliser le personnel aux risques liés à leur traitement. Ils ont également vérifié que le personnel avait suivi une formation relative aux droits et obligations des patients, particulièrement pertinente au regard du respect des droits fondamentaux des usagers, de leur volonté, de leur information, du consentement aux soins et de la confidentialité. Aucun écart n'a été constaté sur l'ensemble de ces éléments. Par ailleurs, une formation spécifique destinée aux nouveaux collaborateurs a été mise en place dans une optique de pérennisation de ces principes, afin de les familiariser dès leur arrivée avec la philosophie d'accompagnement et les exigences de bientraitance propres au service. Il a toutefois été précisé que les membres du personnel actuellement interrogés avaient intégré la structure avant la mise en place de ce module. Enfin, les agents ont interrogé le personnel afin d'apprécier sa connaissance concrète des principes abordés dans ces différentes formations, notamment en matière de protection de l'intimité, de respect de la vie privée, de confidentialité et de bientraitance au quotidien. Les réponses apportées ont démontré une bonne maîtrise des règles attendues, en particulier s'agissant de la discrétion lors des soins ou des accompagnements, du respect de l'intimité lors de l'aide à la toilette ou des entretiens, de la confidentialité des échanges et des informations personnelles, ainsi que de l'attention portée aux souhaits, au rythme, aux choix et à la dignité des usagers dans l'accompagnement quotidien.



Les usagers interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur vie privée, de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté ainsi que sur le respect général du personnel à leur égard. Les agents souhaitaient aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à l'écoute de leurs proches. Il ressort des échanges avec les usagers interrogés une appréciation globalement très positive quant à l'attitude du personnel à leur égard. Les usagers décrivent un personnel respectueux, attentif et, de manière générale, à l'écoute de leurs besoins et demandes. Les éléments recueillis ne font apparaître aucune difficulté particulière en matière de respect de la vie privée, de la dignité, de l'intimité, de la volonté des usagers ou, plus largement, du respect général qui leur est témoigné. Les usagers concernés indiquent également que le personnel se montre disponible et à l'écoute de leurs proches lorsque cela s'avère nécessaire. Plusieurs personnes interrogées n'ont toutefois pas souhaité se prononcer sur cet aspect, se considérant autonomes ou peu concernées par une implication régulière de leur entourage. Enfin, les entretiens mettent en évidence que les choix exprimés par les usagers sont globalement respectés, notamment lorsqu'ils préfèrent ne pas participer à certaines activités proposées. Une remarque isolée nuance toutefois ce constat, un usager ayant relevé que, dans certaines situations de tension entre usagers, il peut arriver que le personnel adopte ponctuellement un ton plus ferme, sans pour autant remettre en cause la qualité globale de l'accompagnement.

- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. D'abord, il a été vérifié que la procédure de gestion des réclamations avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis si elle était correctement appliquée. Plusieurs réclamations ont été examinées dans le cadre de cette évaluation. Le contrôle a notamment porté sur la classification des réclamations selon leur degré de priorité, le respect des délais de prise de position initiale, la transmission d'une réponse définitive orale ou écrite dans les délais prévus par la procédure, la planification et la mise en œuvre des mesures correctrices, leur évaluation ainsi que l'information du plaignant quant à la clôture du traitement.

Les agents ont constaté que l'outil de gestion des réclamations, sous format Excel, est globalement bien structuré et permet de retracer de manière claire les différentes étapes du traitement. Les réclamations examinées apparaissent, dans l'ensemble, classifiées, analysées et traitées dans des délais raisonnables, avec des réponses concrètes apportées aux situations signalées. Les éléments consultés mettent également en évidence une implication effective du service qualité du CIPA dans le traitement et le suivi des réclamations. Les agents relèvent toutefois que, dans plusieurs situations examinées, l'évaluation de l'efficacité des mesures mises en place n'est pas formellement documentée. Si des actions correctrices ont bien été définies et mises en œuvre, la traçabilité ne permet pas toujours d'établir de manière suffisamment explicite qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation avant la clôture du dossier. Ce constat n'enlève toutefois rien à la qualité globale du suivi, qui apparaît structuré, rigoureux et particulièrement bien documenté.

Les agents de la cellule ont demandé aux usagers leur opinion concernant la procédure de réclamation : la majorité des usagers n'a, à ce jour, pas eu recours à une réclamation formelle. Ils indiquent toutefois, dans l'ensemble, savoir à qui s'adresser en cas d'insatisfaction et expriment une appréciation globalement positive de la procédure. Une réserve ponctuelle nuance ce constat, un usager ayant indiqué qu'une insatisfaction exprimée antérieurement n'aurait pas, selon sa perception, été pleinement suivie d'effet.



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

Les agents ont vérifié la mise en application de la procédure écrite pour l'établissement et la mise à jour du dossier individuel. Les agents ont constaté que le plan de vie individuel est, dans les dossiers examinés, établi avec l'utilisateur ou, le cas échéant, avec son représentant, puis signé et conservé au dossier. Ils ont également vérifié si le CIPA propose quotidiennement deux activités le matin et deux activités l'après-midi, en lien avec les habitudes de vie, les centres d'intérêt ou la biographie de l'utilisateur. Dans la majorité des situations examinées, ces activités sont régulièrement proposées, documentées et évaluées. Un seul dossier présente toutefois un écart, la documentation ne permettant pas de démontrer de manière suffisante une adaptation individualisée des activités, notamment dans un contexte de barrière linguistique limitant la participation effective de l'utilisateur.



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 des usagers ont permis de déterminer plusieurs axes forts :

- La qualité de la communication et de l'information délivrées aux usagers constitue un point fort particulièrement marqué. Les éléments recueillis au cours de l'évaluation mettent en évidence une information globalement claire, accessible et bien relayée, notamment par le biais de l'affichage, de supports écrits remis aux usagers ainsi que d'explications individualisées fournies par le personnel. Cette attention se reflète également dans le temps consacré à l'explication de thématiques parfois plus complexes pour le public accueilli, telles que le contrat de prise en charge, la procédure de réclamation, le fonctionnement du comité d'éthique ou encore les possibilités d'implication dans les menus et les activités. L'ensemble témoigne d'une réelle volonté de rendre les informations compréhensibles et accessibles aux usagers ainsi qu'à leurs proches, même si leur diffusion et leur appropriation peuvent rester inégales, en particulier chez les usagers les moins présents au sein du service.
- Les entretiens menés avec les usagers font ressortir un niveau de satisfaction globale particulièrement élevé à l'égard du fonctionnement du centre de jour. Les usagers interrogés expriment, dans leur grande majorité, une appréciation positive du climat relationnel, de la disponibilité et de la réactivité du personnel, ainsi que de l'organisation générale du service. Cette satisfaction se retrouve de manière transversale sur de nombreuses dimensions du quotidien, notamment en ce qui concerne l'accompagnement, l'information, la prise en charge alimentaire, l'entretien des locaux et l'attention portée à leurs besoins.
- La gestion des réclamations, des accidents et des incidents apparaît également comme un point fort du service. Les éléments examinés mettent en évidence des outils structurés, un suivi rigoureux des situations, des analyses documentées ainsi que la définition de mesures correctives ou d'amélioration. Cette organisation traduit une dynamique d'amélioration continue bien ancrée, portée tant par le service qualité que par l'encadrement du centre de jour. La place reconnue à l'expression des usagers, notamment à travers les canaux de remontée des insatisfactions et les instances représentatives, s'inscrit également dans cette logique participative.



Axes de progrès :

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

- La diversification et la personnalisation effective des activités proposées constituent un axe d'amélioration. Il ressort tant de la documentation consultée que des entretiens menés avec les usagers qu'une part importante de ceux-ci consacre une grande partie de leur présence au centre de jour à des activités répétitives, en particulier autour de jeux de cartes. Si cette organisation convient à une majorité d'usagers, certains profils, notamment les personnes moins autonomes ou ayant davantage de difficultés à exprimer leurs attentes, semblent nécessiter une attention plus soutenue afin de garantir une réponse réellement individualisée. La documentation des activités apparaît également perfectible, en particulier en ce qui concerne les objectifs poursuivis, les observations réalisées et les effets constatés pour l'utilisateur.

- La coordination avec les partenaires de co-prise en charge constitue également un axe d'amélioration. Un renforcement des échanges avec ces intervenants permettrait de mieux consolider certaines informations cliniques utiles au suivi des usagers et de limiter plusieurs lacunes observées en matière de traçabilité ou d'application de certaines procédures cliniques évaluatives. Une meilleure articulation entre les différents acteurs de la prise en charge contribuerait ainsi à sécuriser davantage la continuité et la cohérence du suivi.



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.

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

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel	42 / 46	Excellente
Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	17 / 17	Excellente
<i>Participation, animation et vie sociale</i>	15 / 15	Excellente
<i>Repas</i>	2 / 2	Excellente
Mise en œuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel	95 / 123	Satisfaisante
Enquête de satisfaction auprès des usagers	194 / 200	Excellente

Aucune catégorie n'ayant reçu l'appréciation « insuffisante », l'organisme gestionnaire ne doit soumettre aucun programme de remédiation, conformément à l'article 43(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 30.04.2026

Rédacteur : Nuri LEIRO - Evalueur Qualité

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

Laura MUCK

Attaché



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 : A Stackels (agrément PA/07/04/004)

Date de l'évaluation : 09.03.2026

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

		Observations
Catégorie / sous-catégorie	Critère(s) concerné(s) ?	
c) Catégorie : Mise en oeuvre du règlement général du centre de Jour pour personnes âgées et dossier individuel	CDJ-C15 CDJ-C16	Concernant les hospitalisations qui ne relèvent pas de l'initiative propre du centre de jour, c'est-à-dire lorsque l'hospitalisation a lieu en dehors des plages de présence/prise en charge de l'utilisateur par le centre de jour, le service souhaite préciser que les informations relatives à une admission ou à un retour d'hospitalisation ne lui sont pas systématiquement transmises de manière directe. En pratique, ces informations sont communiquées principalement par l'utilisateur lui-même, sa

	famille, son représentant légal ou, le cas échéant, par les autres intervenants du maintien à domicile. Le service tient également à souligner que la communication avec le médecin traitant ou les prestataires de soins à domicile lors d'une hospitalisation ne relève généralement pas de sa responsabilité directe, cette démarche étant habituellement assurée par la famille, le représentant légal ou les services de soins impliqués dans l'accompagnement de l'utilisateur. Le service prend néanmoins acte des observations formulées concernant la traçabilité des informations relatives aux transferts et retours d'hospitalisation. Une réflexion sera menée afin de renforcer la systématisation de la documentation des informations portées à la connaissance du service, ainsi que la coordination avec les différents intervenants externes lorsque cela est possible et pertinent dans le cadre de l'accompagnement des usagers.
--	--

Date et signature : 12/05/26

 Pontalze
 Vincent NEYSEN
 Directeur