



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	07/04/2026 (Interviews entre le 26/03/2026 et le 31/03/2026)
Type de service pour personnes âgées	Structure d'hébergement
Nom de l'organisme gestionnaire	Sodexo Luxembourg S.A.
Adresse	39, rue du Puits Romain L-8070 Bertrange
Nom du Service	Gréngewald
Adresse	8, Routscheed L-6939 Niederanven
Numéro agrément en vigueur	PA/12/01/052
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Georges BARTHELEMY Sandy RAACH Nuri LEIRO Mélissa BANREZES Véronique TOUSSAINT

Introduction

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

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

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

- 1° L'admission et l'accueil du résident ainsi que l'établissement et le respect du plan de vie individuel du résident ;*
- 2° La 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° La 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° Le 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 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 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.

35 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 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.

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

- moins de 5 résidents 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 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	0/5	Admission et accueil	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	1/5	Plan de vie individuel	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
SH-A8	Le plan de vie individuel tient compte des volontés et préférences personnelles du résident	2/5	Plan de vie individuel	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
SH-A9	Le plan de vie individuel tient compte de la biographie du résident	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	4/5	Admission et accueil	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	Infrastructure	
SH-B14	Le personnel applique le plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires à respecter) pour les logements des résidents	2/5	Hygiène et sanitaire	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	5/5	Sécurité	
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	5/5	Dossier individuel	



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	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
SH-C11	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
SH-C12	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-C13	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	0/5	Hygiène et sanitaire	7 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	
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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)



SH-C20	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des résidents atteints d'une maladie démentielle	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-C21	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des résidents en fin de vie	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
SH-C22	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	3/5	Bientraitance	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	
SH-C27	Le personnel connaît le règlement de sécurité et le plan d'intervention	4/5	Sécurité	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	5/5	Soins et continuité des soins	
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 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	0/5	Soins et continuité des soins	7 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	5/5	Gestion des réclamations	
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	Infrastructure	
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	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
SH-D3	Le résident est impliqué dans l'établissement du plan de vie individuel	5/5	Plan de vie individuel	
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 (0 réponse(s) inadaptée(s) et 7 non applicable(s))
SH-D5	Le résident est impliqué dans l'établissement des menus de la semaine	1/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 6 non applicable(s))
SH-D6	Le résident est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
SH-D7	Le résident est satisfait de la procédure de réclamation	2/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
SH-D8	Le résident est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	5/5	Éthique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 7 non applicable(s))
SH-D9	Le résident est satisfait de son logement (décor, meubles, taille, ...)	3/5	Infrastructure	
SH-D10	Le résident est satisfait de l'entretien du logement	5/5	Infrastructure	
SH-D11	Le résident est satisfait de la qualité du nettoyage du logement	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-D12	Le résident est satisfait de l'entretien des lieux de vie commune	5/5	Infrastructure	
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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



SH-D15	Le résident est satisfait de la température à l'intérieur de son logement et des lieux de vie commune	5/5	Infrastructure	
SH-D16	Le résident est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition personnelle	5/5	Infrastructure	
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 (1 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
SH-D18	Le personnel est à l'écoute du résident	3/5	Bienveillance	
SH-D19	Le personnel est à l'écoute des proches du résident	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
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 (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
SH-D21	Le personnel est respectueux envers les résidents	5/5	Bienveillance	
SH-D22	Le personnel respecte le plan de vie individuel du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-D23	Le personnel respecte la dignité du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D24	Le personnel respecte l'intimité du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D25	Le personnel respecte la volonté du résident	4/5	Bienveillance	
SH-D26	Le personnel respecte le caractère privé du logement du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D27	Le personnel réagit en temps utile aux appels d'urgence du résident	4/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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 (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
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	4/5	Organisation	
SH-D32	Le résident est satisfait des conditions selon lesquelles les visites peuvent se dérouler	5/5	Organisation	
SH-D33	Le résident est satisfait des horaires de prise de repas	5/5	Repas	
SH-D34	Le résident est satisfait de la variété des repas	4/5	Repas	
SH-D35	Le résident est impliqué dans le choix des menus	5/5	Repas	
SH-D36	Le résident est satisfait de la présentation des repas	3/5	Repas	
SH-D37	Le résident est satisfait de la qualité des repas	1/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
SH-D38	Le résident est satisfait de la quantité des repas	5/5	Repas	
SH-D39	Le résident est satisfait du goût des repas	0/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
SH-D40	Le résident est satisfait de la température des repas	0/5	Repas	



SH-D41	Le résident est satisfait du service des repas	5/5	Repas	
SH-D42	Le personnel tient compte de ses besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques	4/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
SH-D43	Le résident est satisfait du programme des activités	4/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
SH-D44	Le résident est satisfait de la qualité des soins lui administrés	4/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
SH-D45	Le résident 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 6 non applicable(s))
SH-D46	Le résident peut librement accueillir des visiteurs	5/5	Organisation	
SH-D47	Le résident a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	
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	



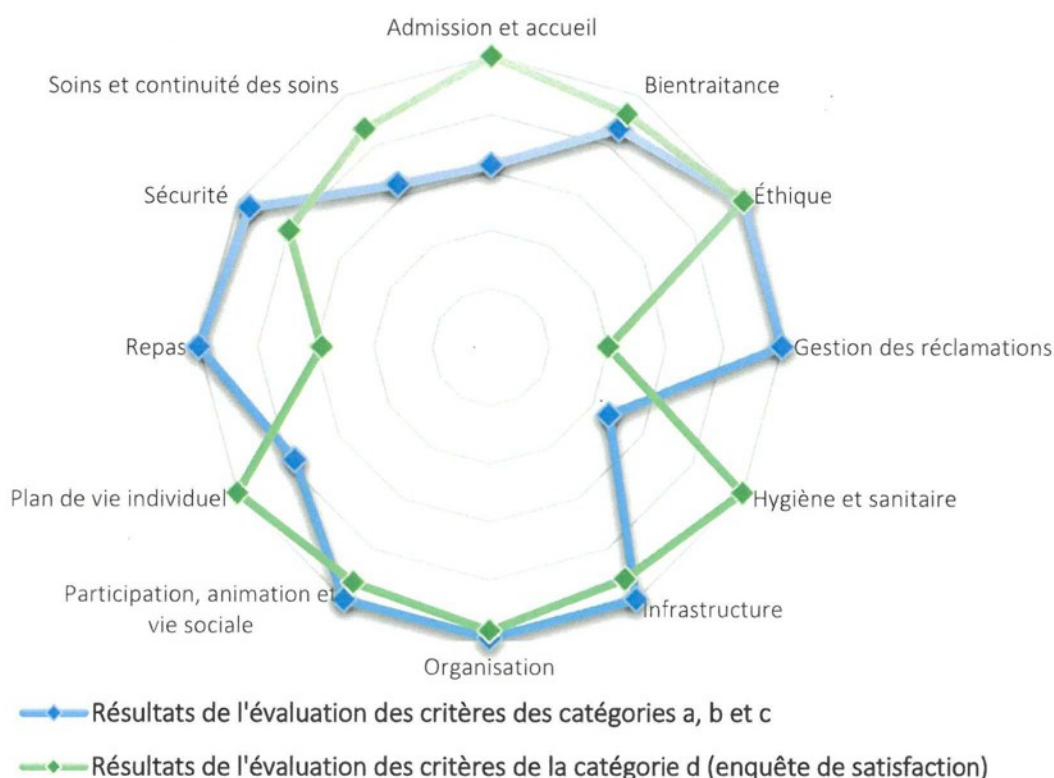
1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

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 le résident. Par conséquent, il n'apparaît 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 certaine hétérogénéité entre l'évaluation des documents et des pratiques par rapport à l'enquête de satisfaction auprès des résidents. Des résultats homogènes sont observés pour les domaines de la bienveillance, de l'éthique, de l'infrastructure, de l'organisation ainsi que de la participation, de l'animation et de la vie sociale. Les différents éléments expliquant les convergences et divergences des notes sont analysés plus en détail dans les paragraphes suivants.



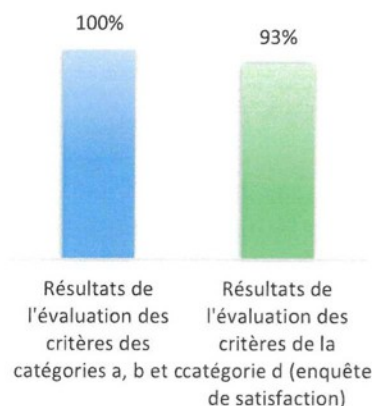
1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel



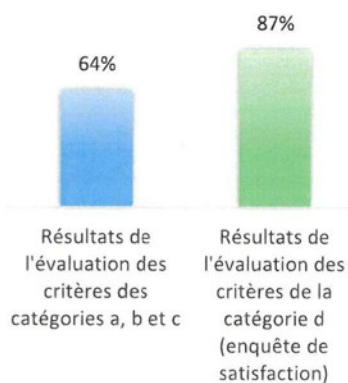
3. Participation, animation et vie sociale



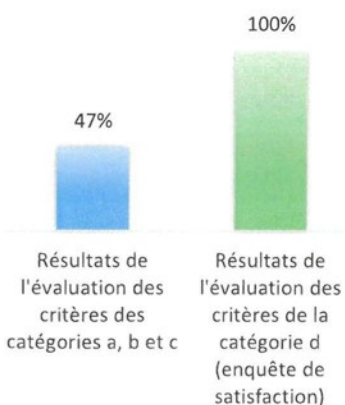
4. Repas



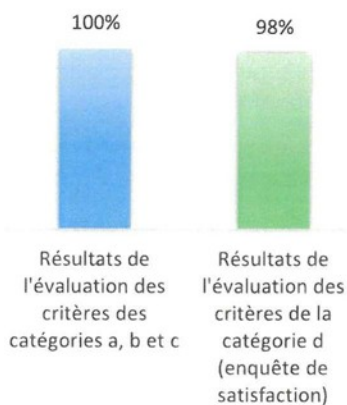
5. Soins et continuité des soins



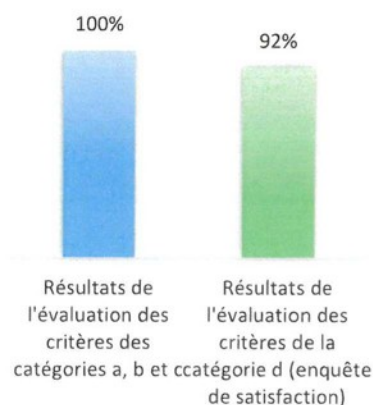
6. Hygiène et sanitaire



7. Organisation

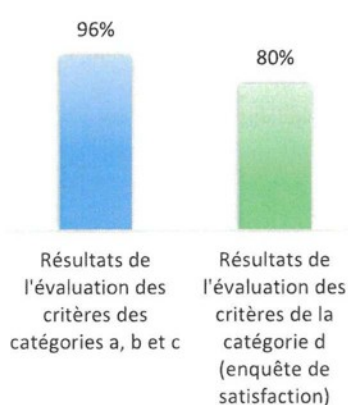


8. Infrastructure





9. Sécurité



10. Ethique



11. Bienveillance



12. Gestion des réclamations



13. Dossier individuel



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

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouveau résident et d'admission a été constatée. La mise en application de la procédure d'accueil a été évaluée au moyen de deux points de contrôles distincts, chacun appliqué sur cinq dossiers. Le premier point de contrôle consistait à vérifier si les évaluations de la douleur et de l'état cutané avaient bien été réalisées dans le délai prévu, ainsi que si la prise des signes vitaux, le poids et la taille étaient documentés. Les cinq dossiers étaient non-conformes. Les écarts portaient sur des périodes, fréquences ou délais non respectés. Le deuxième point de contrôle portait sur la réalisation de différentes échelles de risques gériatriques (évaluant les capacités cognitives, la motricité, l'état cutané (Norton), et l'état nutritionnel) dans le délai fixé. Des écarts de délai, pour au moins une des échelles, ont été constatés dans quatre des cinq dossiers.

L'application de la procédure d'admission est très satisfaisante. Le médecin traitant était toujours informé de l'admission du résident et une demande de visite lui était bien adressée systématiquement pour tout



nouveau résident. 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 neuf des dix dossiers étaient conformes. Le seul écart constaté portait sur un état des lieux qui n'a pas pu être présenté au moment du contrôle.

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 la base des explications données. Neuf résidents se sont exprimés pour chacune des deux questions. Ils ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits des explications obtenues.

- « **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, ainsi que la mesure laquelle le personnel d'encadrement en charge du résident connaît et respecte son plan de vie individuel. Les constats de la cellule sont les suivants : les allergies étaient connues et documentées, une évaluation des capacités cognitives était réalisée, le sujet des directives anticipées ou dispositions de fin de vie, par exemple, était abordé et le personnel connaissait le plan de vie individuel des résidents. Une absence d'information sur le degré de dépendance a été relevée pour un dossier. Les neuf autres dossiers, en revanche, contenaient une analyse des besoins du résident pour l'hygiène corporelle ainsi que des besoins pour s'habiller ou se déshabiller. Afin d'évaluer si le plan de vie individuel est tenu à jour en cas de changement, les agents ont vérifié l'application d'une procédure prévoyant un suivi de la douleur après une hospitalisation. Six dossiers étaient conformes et dans quatre dossiers, la durée prévue d'évaluation de la douleur n'était pas respectée. Il en résulte l'attribution d'un seul point. Les préférences liées au sommeil et aux activités étaient effectivement documentées dans sept des dix dossiers. Neuf des dix dossiers comprenaient une biographie bien documentée.

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. Enfin, une dernière question cherchait à déterminer si le personnel les motivait à participer à des activités adaptées à leurs intérêts et besoins. Les résidents se sentent impliqués dans l'établissement du plan de vie individuel et en sont entièrement satisfaits. Ils sont également très satisfaits du respect du plan de vie individuel et de la manière dont le personnel les motive à participer aux activités. Deux résidents se sont abstenus de répondre à cette dernière question.

- « **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. 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 par lesquels ils peuvent participer à la vie et au développement de la structure d'hébergement. Ils connaissent le programme d'animation et de vie sociale et se sentent impliqués dans l'établissement de la planification hebdomadaire / mensuelle des activités. Trois résidents seulement se sont prononcés au sujet de l'implication dans la planification des activités : les sept autres participants n'ont pas souhaité répondre car ils ne ressentent pas le besoin de s'impliquer, bien qu'ils sachent qu'ils disposent de cette possibilité. Les activités correspondent entièrement à leurs intérêts et besoins et ils sont très satisfaits du programme d'activités. Le programme d'animation proposé est très varié. Le collège échevinal de la commune de Niederanven s'implique également. Par ailleurs, les dispositifs pour impliquer les résidents dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale existent et sont fonctionnels.



- « **Repas** » : Les résidents ont le choix entre au moins deux menus. 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* : six résidents se sont abstenus de répondre car ils ne désirent pas s'impliquer dans l'établissement des menus. Une « Kichekommissioun » est mise en place, mais certains résidents ont indiqué ne pas en percevoir l'impact. En ce qui concerne le choix des menus, les résidents sont entièrement satisfaits : ils ont le choix entre sept alternatives pour le choix du déjeuner ;
- *Horaires de prise des repas* : entièrement satisfaits ;
- *Variété* : très satisfaits. Quelques insatisfactions ponctuelles portent sur un manque de plats typiquement luxembourgeois ou sur une incompréhension liée au vocabulaire utilisé pour décrire les plats ;
- *Présentation* : satisfaits ;
- *Qualité* : satisfaits. Quelques remarques portant sur la qualité de la viande (pas assez tendre), la manière de cuisiner, le degré de cuisson des légumes ou encore le manque d'assaisonnement ont été formulées ;
- *Quantité* : entièrement satisfaits ;
- *Goût* : insatisfaits. La note de trois (ni satisfait, ni insatisfait) a été attribuée par la plupart des répondants. Les retours formulés par les résidents rejoignent ceux émis pour le critère de la qualité comme le degré de cuisson des légumes, l'assaisonnement... mais ils portent également sur une cuisine jugée trop exotique ;
- *Température* : insatisfaits. Les résidents jugent les plats trop tièdes ou froids au moment du service ;
- *Service* : entièrement 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. Celle-ci prévoit une revue trimestrielle du plan de soins. Neuf des dix dossiers consultés ont bien été mis à jour conformément aux dispositions documentaires.
- *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 procédure sur la continuité des soins a été évaluée selon trois points de contrôle distincts. Pour trois dossiers, les agents ont demandé à voir le certificat établi après chaque acte de pédicure. Le document a été systématiquement présenté. Dans quatre autres dossiers, les agents ont vérifié que le service avait évalué les objectifs définis par les thérapeutes (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue) et que de nouveaux objectifs avaient été définis. Les quatre dossiers étaient conformes. Le troisième point de contrôle portait sur l'analyse des activités et la définition d'objectifs par les éducateurs selon la fréquence définie. Pour deux des trois dossiers, le résultat était conforme. Une seule revue ne correspondait pas aux exigences (absence d'évaluation et de définition d'objectifs). Concernant la procédure pour l'organisation des visites médicales, les agents ont vérifié que les visites de différents médecins étaient correctement documentées. Aucun écart n'est relevé pour ce critère. Aucun écart n'a été constaté pour l'appel en urgence des médecins : les plans de garde à jour étaient affichés dans les infirmeries et les réponses du personnel aux questions posées étaient correctes. Les agents ont notamment demandé quels étaient les créneaux durant lesquels le service peut avoir recours au médecin de garde ou encore, quelles étaient les situations médicales typiques nécessitant un appel en urgence d'un médecin ;



- *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. Sa mise en application est insuffisante. La rédaction d'une « biographie des repas » dans le délai fixé a été évaluée. Cinq des dix dossiers étaient non conformes et ne contenaient pas l'information sur les repas. La pratique actuelle consiste à remettre une fiche au résident afin que celui-ci la renseigne. En l'absence de retour du résident, le sujet est classé et ne fait pas l'objet d'un suivi de la part du service ;
- *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. Les dix hospitalisations consultées étaient toutes conformes : le motif et l'hôpital dans lequel le résident a été transféré étaient effectivement documentés. La communication du transfert à l'hôpital au médecin traitant et aux familles était également documentée dans les dix cas. La communication (au médecin traitant et aux proches) du retour du résident était conforme dans cinq des dix dossiers. Dans quatre cas il n'y avait pas de suivi pour les communications avec la famille et dans un cas, le suivi de la communication avec le médecin traitant manquait ;
- *Concepts spécifiques (résidents atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. La vérification de la mise en application de la procédure des résidents atteints d'une maladie démentielle était très satisfaisante. Les dix dossiers étaient conformes sur les deux points de contrôles distincts portant sur la connaissance de la religion du résident ainsi que sur le suivi de la douleur.
Le concept de la prise en charge des résidents en fin de vie a été examiné d'un côté sur la réalisation d'un outil d'évaluation de symptômes pénibles (douleur, épuisement, nausées...) selon la fréquence définie et de l'autre par une question au personnel. Les cinq dossiers consultés étaient non-conformes, en raison d'un non-respect de la fréquence définie. Les réponses apportées par le personnel au sujet des mesures soignantes (i.e. thérapies) à leur disposition afin d'accompagner les résidents en fin de vie étaient toutes très satisfaisantes ;
- *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) auprès d'une pharmacie ainsi que la mise en application des principes y décrits. La procédure sur l'obtention de médicaments de la pharmacie d'urgence prévoit d'une part le suivi des sorties de médicaments par le biais d'une fiche de contrôle, et d'autre part la documentation dans le dossier informatisé. Un suivi dans le dossier informatisé tel qu'exigé n'a pas pu être démontré dans deux cas. Le troisième écart relevé concernait un inventaire de l'armoire d'urgence non réalisé tel que prévu dans la convention avec la pharmacie. La gestion des traitements (médicamenteux) à long terme ainsi que ceux au besoin est insatisfaisante. Sept des dix dossiers consultés contenaient des écarts entre le plan de médication, selon lequel la distribution des médicaments est réalisée, et les ordonnances médicales.

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 qui leur sont administrés, ainsi que sur l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Quatre résidents ont indiqué ne pas avoir de besoins spécifiques et ont préféré ne pas attribuer de note. Une insatisfaction ponctuelle a conduit à la note de quatre points. Trois résidents n'avaient pas de besoin en soins et n'ont pas attribué de note sur la qualité des soins. Six des sept répondants restants sont satisfaits à très satisfaits. Les résidents sont très satisfaits de l'accès aux soins.



- « **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.

Lors de l'évaluation de l'application du plan de nettoyage, des défauts de traçabilité ont été relevés pour trois dossiers, dont deux concernant le suivi incomplet les weekends. L'hygiène des mains du personnel a été vérifiée (absence de bagues, bracelets et montres, ongles courts et exempts de vernis, par exemple). Aucun écart n'a été constaté. Lors de la vérification des règles d'hygiène et sanitaires, le nettoyage des sonnettes des résidents selon la fréquence définie a été évalué. Trois des dix dossiers étaient conformes, sur la période considérée, et sept écarts par rapport à la fréquence ont été notés.

Les résidents interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du logement* : très satisfaits. Plusieurs résidents ont néanmoins indiqué que la qualité du nettoyage n'est pas toujours homogène / identique ;
- *Hygiène des sanitaires (logement et lieux de vie commune)* : entièrement satisfaits ;
- *Nettoyage du linge plat* : entièrement satisfaits.

- « **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 prévues 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* : les résidents sont entièrement satisfaits de l'écoute apportée par le chargé de direction, ainsi que de ses heures de consultation et de la communication compréhensible. Ils sont très satisfaits à l'égard du bon fonctionnement de la structure. La note maximale est attribuée au flux d'information en cas de changements. Les résidents et les proches se sentent très bien informés ;
- *Accueil de visiteurs* : les résidents sont entièrement satisfaits des conditions selon lesquelles les visites peuvent se dérouler et ont 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* : six résidents sont suffisamment autonomes (ils ne recourent pas à de l'aide lors de leurs déplacements) et ont préféré ne pas attribuer de note. Les quatre résidents ayant attribué une note sont entièrement satisfaits.

- « **Logement et infrastructure** » : la possibilité de personnaliser son logement (meubles, décor, ...) a été vérifiée, ainsi que l'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. Sept des dix résidents interrogés sont entièrement satisfaits de leur logement. Trois insatisfactions, pour diverses raisons (taille, vue...) sont relevées par l'enquête. L'entretien des logements et des lieux de vie commune donne entière satisfaction aux résidents. Enfin, les résidents sont très satisfaits quant à la température à l'intérieur de leur logement et dans les lieux de vie commune.



- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a constaté 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. Les agents de la cellule ont constaté que l'évaluation du risque de chute est effectivement réalisée au moins tous les trois mois dans les dix dossiers évalués. Un événement indésirable a été évalué selon trois points de contrôle (portant sur la documentation dans le logiciel y dédié, dans le dossier informatisé du résident ainsi que la mise en place d'une analyse et des actions correctives y relatives). Aucun écart n'est relevé. Sept chutes ont ensuite été sélectionnées comme situations d'accident concernant un résident. Le protocole de chute et le relevé de la douleur ont été évalués et sont conformes. Afin d'évaluer la mise en application de la procédure en cas d'un résident porté disparu, la disponibilité d'un badge nominatif avec photo à la réception a été vérifiée. Aucun écart n'est relevé.

Le personnel a également été interrogé pour évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention. Les agents ont demandé au personnel la localisation des points de rassemblement, et les zones à évacuer en priorité en cas d'incendie. Neuf réponses étaient satisfaisantes, mais une réponse en relation avec les points de rassemblement a été jugée insuffisante.

Les résidents interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel à leurs appels d'urgence. Ils en sont très satisfaits.

- « **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, à leurs représentants légaux, à leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel. Un affichage à la réception a bien eu lieu.

En parallèle, les agents ont demandé aux résidents interrogés s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : l'intégration du sujet auprès des résidents est à améliorer. Trois résidents ont attribué une note et ont indiqué avoir connaissance du comité. Pour sept résidents, le sujet est méconnu et par conséquent, ils ont préféré s'abstenir de noter la question.

- « **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. Afin d'évaluer que les lignes de conduite sont respectées, il a été demandé au personnel comment il assure lors des soins le respect de l'autonomie et de l'autodétermination du résident. Une question portant sur le respect de la vie privée du résident a également été posée. Les réponses étaient satisfaisantes.

Dans le cadre de l'évaluation de la procédure de bienveillance, la gestion des contentions (barrières de lit, par exemple) a été évaluée. La procédure prévoit une checklist à renseigner ainsi que l'établissement d'une ordonnance médicale. Dans deux cas, l'ordonnance médicale n'a pas pu être présentée.

Les résidents interrogés ont fait part de leur sentiment 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 souhaitent aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à celle de leurs proches. Il en ressort que les résidents sont entièrement satisfaits du respect de leur vie privée, du comportement respectueux du personnel, de la dignité, de l'intimité et du respect du caractère privé du logement. Ils sont très satisfaits du respect de leur volonté. Un manque d'écoute dans certaines situations est mentionné à trois reprises par les résidents. L'écoute des proches est jugée entièrement satisfaisante par les sept résidents ayant attribué une note.



- « **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, puis qu'elle était correctement appliquée. La gestion des plaintes, notamment via la documentation sur le formulaire et les actions mises en place, est satisfaisante.

Les agents de la cellule ont demandé aux résidents leur opinion concernant la procédure de réclamation : les retours sont mitigés avec une partie des résidents insatisfaite des réponses apportées ou du résultat obtenu à la suite de leur réclamation tandis que l'autre partie est satisfaite.

- « **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 afin 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 documentation sont en place et appliqués. Deux points de contrôle distincts ont été utilisés afin d'évaluer l'établissement et la mise à jour du dossier individuel. Dans cinq dossiers, l'attribution d'un soignant référent a été vérifiée et dans les cinq autres, la réalisation d'une échelle évaluant l'état cutané (NORTON) a été vérifiée. Les dix dossiers sont conformes.



1.2.2. Identification des axes forts et des axes de progrès

Axes forts :

L'analyse des critères et des constats réalisés par la cellule Qualité, ainsi que les entretiens menés avec les résidents, ont permis d'identifier plusieurs axes forts :

- Le niveau de satisfaction des résidents est globalement élevé, mais il est possible de citer plusieurs éléments qui emportent l'adhésion des répondants.
 - Les résidents sont ainsi très satisfaits des conditions d'hébergement, de l'entretien des logements et des lieux de vie commune, ainsi que des prestations de nettoyage.
 - Ils soulignent également le respect de leur dignité, de leur intimité et de leur cadre de vie.
 - Le service a également su mettre en place un cadre organisationnel et des canaux de communication qui conviennent aux personnes qui en bénéficient. Les explications relatives aux documents contractuels lors de l'admission sont jugées satisfaisantes. De manière générale, l'organisation interne, le flux d'information et la communication avec les résidents sont perçus comme efficaces et adaptés.
 - Enfin, les résidents apprécient la perception de la prise en compte de leurs besoins et préférences. Ils se sentent ainsi impliqués dans la proposition d'activités adaptées à leurs intérêts et besoins, et connaissent les dispositifs leur permettant de participer à la vie de la structure (notamment le « Heemrot »).
- Le service promeut une approche respectueuse et encadrée des mesures de contention. Bien que la mise en pratique de cette procédure gagnerait à être renforcée en précisant les attentes minimales en matière de contenu à renseigner et de formaliser davantage les exigences afin d'assurer un suivi homogène, l'approche globale constitue un point positif. La formalisation actuelle du processus contribue à garantir le respect des droits fondamentaux des résidents.



Axes de progrès :

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

- En ce qui concerne le domaine des soins, plusieurs points de contrôle révèlent des processus insuffisamment maîtrisés. Disposer, dès l'admission, d'une vue globale, complète et précise de l'état de santé et des besoins du résident constitue un élément fondamental, servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'évolution de son état au cours de la prise en charge. Concernant plus spécifiquement l'état cutané, la documentation actuelle ne permet pas de distinguer clairement l'absence de problématique d'un défaut de documentation. Par ailleurs, des écarts relatifs au respect des délais et des fréquences définis dans les procédures ont été constatés. Une amélioration est attendue à travers un meilleur respect des temporalités fixées, une clarification des règles de documentation, et une harmonisation des pratiques.
- La gestion des médicaments constitue un axe d'amélioration prioritaire. Des incohérences ont été relevées entre les plans de traitement et les ordonnances médicales, notamment pour les traitements administrés en continu ou au besoin. Par ailleurs, le suivi des mouvements de médicaments au sein de l'armoire d'urgence apparaît insuffisant, tant au niveau de la fiche de suivi que de la traçabilité dans les dossiers des résidents. Dans ce contexte, il est recommandé de renforcer la concordance entre les plans de médication et les prescriptions médicales en cours de validité (par exemple, via des contrôles périodiques plus réguliers), de revoir le support de suivi des médicaments (fiche existante ou mise en place d'un outil distinct), et d'améliorer la traçabilité globale du processus.

De plus, les constats réalisés mettent en évidence la nécessité de renforcer la gestion préventive des stocks, notamment concernant les médicaments proches de la péremption. Bien que ceci ne relève pas de la responsabilité directe de la structure, il est tout de même raisonnable d'attendre de la structure une démarche proactive vis-à-vis de son propre processus interne de gestion des médicaments.
- L'évaluation met en évidence un niveau de documentation hétérogène concernant certains volets du plan de vie individuel, notamment la biographie, les activités préférentielles, les préférences alimentaires, ou encore les habitudes de sommeil. Ces éléments sont pourtant essentiels pour assurer une prise en charge individualisée et adaptée, en particulier en cas de dégradation de l'état de santé ou des capacités cognitives. Une revue des pratiques de documentation est dès lors recommandée afin de garantir la disponibilité des informations essentielles, et de renforcer la continuité et la qualité de la prise en charge.
- Les constats réalisés par les agents de la cellule Qualité mettent en évidence un manque d'uniformité dans la traçabilité du nettoyage des logements, ainsi que des écarts dans le respect des fréquences de nettoyage, notamment pour les aides techniques. Une meilleure standardisation des pratiques et un contrôle renforcé de leur application permettraient de corriger les écarts identifiés.



- Bien que le niveau de satisfaction global soit élevé, le domaine des repas offre des perspectives d'amélioration majeure, en particulier pour la température des plats, le goût, et, dans une moindre mesure, la qualité.

Une part importante des résidents se déclare insatisfaite de ces aspects au regard des critères définis. Par ailleurs, bien que des dispositifs d'implication existent (notamment la « Kichekommissioun »), certains résidents expriment un manque d'impact perçu de leur participation. Dans ce contexte, il est recommandé de mener une analyse plus approfondie des insatisfactions (par exemple via une enquête ciblée).



2. Conclusion

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

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

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

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

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

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission et accueil du résident et plan de vie individuel	41 / 56	Satisfaisante
Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	28 / 36	Satisfaisante
Participation, animation et vie sociale	16 / 16	Excellente
Repas	3 / 8	Insuffisante
Logement et circulation	9 / 12	Satisfaisante
Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel	115 / 143	Bien
Enquête de satisfaction auprès des résidents	206 / 240	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 29.05.2026

Rédacteur : Georges BARTHELEMY - 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 : Sodexo Luxembourg S.A.

Service évalué : Structure d'hébergement Gréngewald (PA/12/01/052)

Date de l'évaluation : 07.04.2026

Merci de cocher les options qui correspondent à votre situation :

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

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

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

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

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

Observations écrites

Catégorie / sous-catégorie	Critères concernés	Observations écrites
Catégorie d) – Enquête de satisfaction	Méthodologie / critères avec règle de proportionnalité	Les résultats de l'enquête de satisfaction sont pris en compte avec attention. Certains résultats reposent toutefois sur un nombre limité de réponses. Ils doivent donc être lus avec prudence. Même lorsqu'ils concernent peu de personnes, ces retours restent utiles pour mieux comprendre les attentes des résidents et améliorer le service.
Repas	SH-D35, SH-D37, SH-D39, SH-D40	Les remarques concernant les repas sont prises au sérieux, notamment celles liées à la température, au goût, à la qualité des plats et aux préférences des résidents. Des actions sont prévues pour améliorer l'organisation du service, mieux contrôler la température des repas et mieux tenir compte des goûts et habitudes alimentaires. Les propositions faites par les résidents dans le cadre de la « Kichekommissioun » feront également l'objet d'un meilleur suivi.
Admission / projet de vie individuel	SH-A1, SH-A4, SH-A8, SH-A9, SH-A12	Les remarques concernent surtout certains documents qui doivent être complétés plus rapidement ou de manière plus

Catégorie / sous-catégorie	Critères concernés	Observations écrites
		régulière. L'accompagnement des résidents est bien en place, mais la documentation doit encore être améliorée. Des rappels, formations et contrôles internes seront réalisés afin que les informations importantes concernant chaque résident soient mieux suivies et régulièrement mises à jour.
Soins et continuité de la prise en charge	SH-B10, SH-C10, SH-C11, SH-C19, SH-C21, SH-C37, SH-C39	Certains documents liés aux soins et au suivi des résidents doivent être renforcés. Les informations utiles existent souvent déjà, mais elles doivent être mieux regroupées, mieux structurées et plus faciles à retrouver. Une attention particulière sera portée au suivi des médicaments, aux retours d'hospitalisation, aux habitudes alimentaires et à l'accompagnement en fin de vie, afin d'assurer un suivi clair, sécurisé et adapté aux besoins de chaque résident.
Hygiène et sanitaires	SH-B14, SH-C12, SH-C13	Les remarques concernent surtout le suivi écrit des contrôles et le respect régulier des fréquences prévues. Des actions seront mises en place pour harmoniser les documents de suivi, rappeler les fréquences attendues et renforcer les contrôles, y compris le week-end. Une attention particulière sera portée aux points sensibles et aux aides techniques utilisées par les résidents.
Bientraitance, gestion des plaintes	SH-C22, SH-C30, SH-C31, SH-D8, SH-D18, SH-D19	Les retours des résidents sont globalement très positifs. Des améliorations sont toutefois prévues pour rendre certains documents et outils plus visibles et plus faciles à comprendre. L'information donnée aux résidents et à leurs proches sur la gestion des plaintes sera renforcée. Le travail d'équipe autour de l'écoute, du dialogue et de la bientraitance sera également poursuivi.

Date et signature :

18/6/2026

Patrick REDING

Directeur

CIPA « Gréngewald »

8, Routscheed

L-6939 Niederanven