



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	13/07/2026 (Interviews entre le 20/05/2026 et le 24/06/2026)
Type de service pour personnes âgées	Centre de jour pour personnes âgées
Nom de l'organisme gestionnaire	Etablissement public "Centres, Foyers et Services pour personnes âgées" SERVIOR
Adresse	1, plateau du Rham L-2427 LUXEMBOURG
Nom du Service	Am Gäertchen
Adresse	1, rue des Pecheurs L-9552 WILTZ
Numéro agrément en vigueur	PA/15/04/062
Agents ayant réalisé l'évaluation	Georges BARTHELEMY Luana BUSO Sandy RAACH Liliane GOMES 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 de l'utilisateur ainsi que l'établissement et le respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur ;

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

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

4° le degré de satisfaction des utilisateurs 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.

18 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	3/5	Admission et accueil	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	4/5	Admission et accueil	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-A4	Le plan de vie individuel est tenu à jour en cas de changements	3/5	Plan de vie individuel	2 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	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A6	Le plan de vie individuel tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur	0/5	Plan de vie individuel	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-A9	Le plan de vie individuel tient compte de la biographie de l'utilisateur	0/5	Plan de vie individuel	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	3/5	Participation, animation et vie sociale	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 1 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	0/5	Dossier individuel	5 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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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 utilisateur 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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	2/5	Soins et continuité des soins	3 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	7 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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	5/5	Sécurité	
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'utilisateur, 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	5/5	Hygiène et sanitaire	
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	4/5	Sécurité	1 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 3 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 2 non applicable(s))
CDJ-D4	L'utilisateur 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 3 non applicable(s))
CDJ-D5	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement des menus de la semaine	0/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 5 non applicable(s))
CDJ-D6	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D7	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	1/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 6 non applicable(s))
CDJ-D8	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	NA	Ethique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 10 non applicable(s))
CDJ-D9	L'utilisateur est satisfait de l'entretien du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D10	L'utilisateur est satisfait de la qualité du nettoyage du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Hygiène et sanitaire	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D11	L'utilisateur est satisfait de l'entretien des lieux du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D12	L'utilisateur est satisfait de l'hygiène des sanitaires	5/5	Hygiène et sanitaire	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



CDJ-D13	L'utilisateur est satisfait de la température au sein du centre de jour pour personnes âgées	4/5	Infrastructure	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D14	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition	4/5	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	4/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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	4/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D22	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D23	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D24	Le personnel réagit en temps utile aux appels d'urgence de l'utilisateur	5/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
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	4/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D29	L'utilisateur est satisfait de la présentation des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D30	L'utilisateur est satisfait de la qualité des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D31	L'utilisateur est satisfait de la quantité des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D32	L'utilisateur est satisfait du goût des repas	4/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D33	L'utilisateur est satisfait de la température des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D34	L'utilisateur est satisfait du service des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



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 9 non applicable(s))
CDJ-D36	L'utilisateur est satisfait du programme des activités	4/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-D37	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins administrés	2/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 7 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 2 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 2 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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



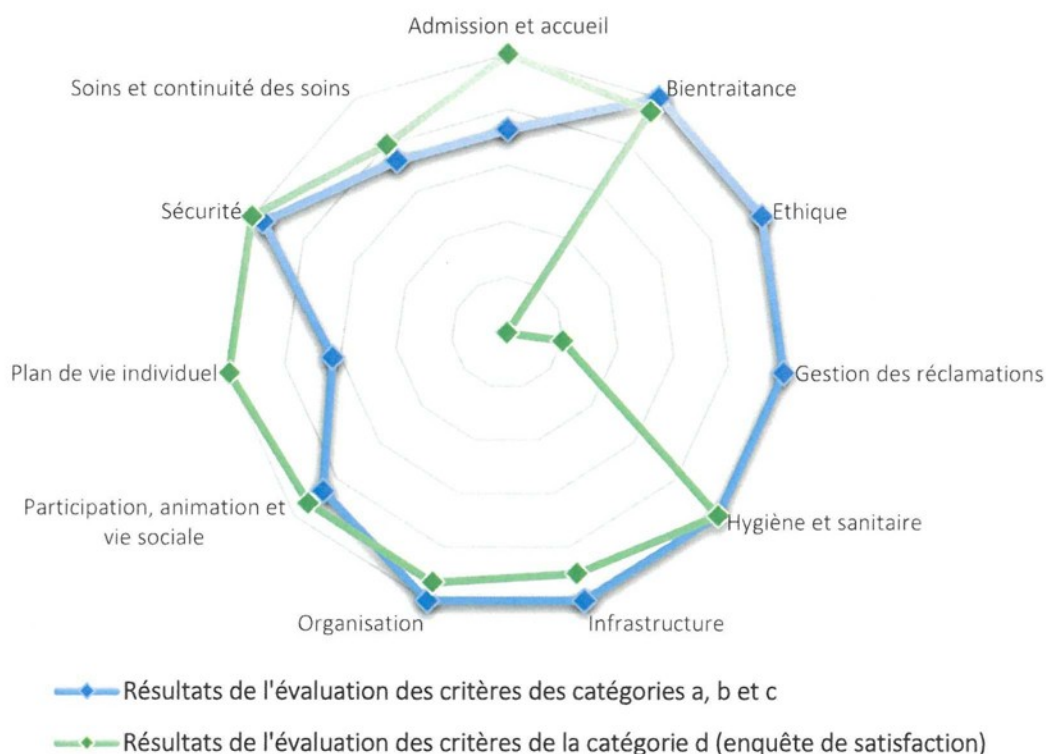
1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

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.

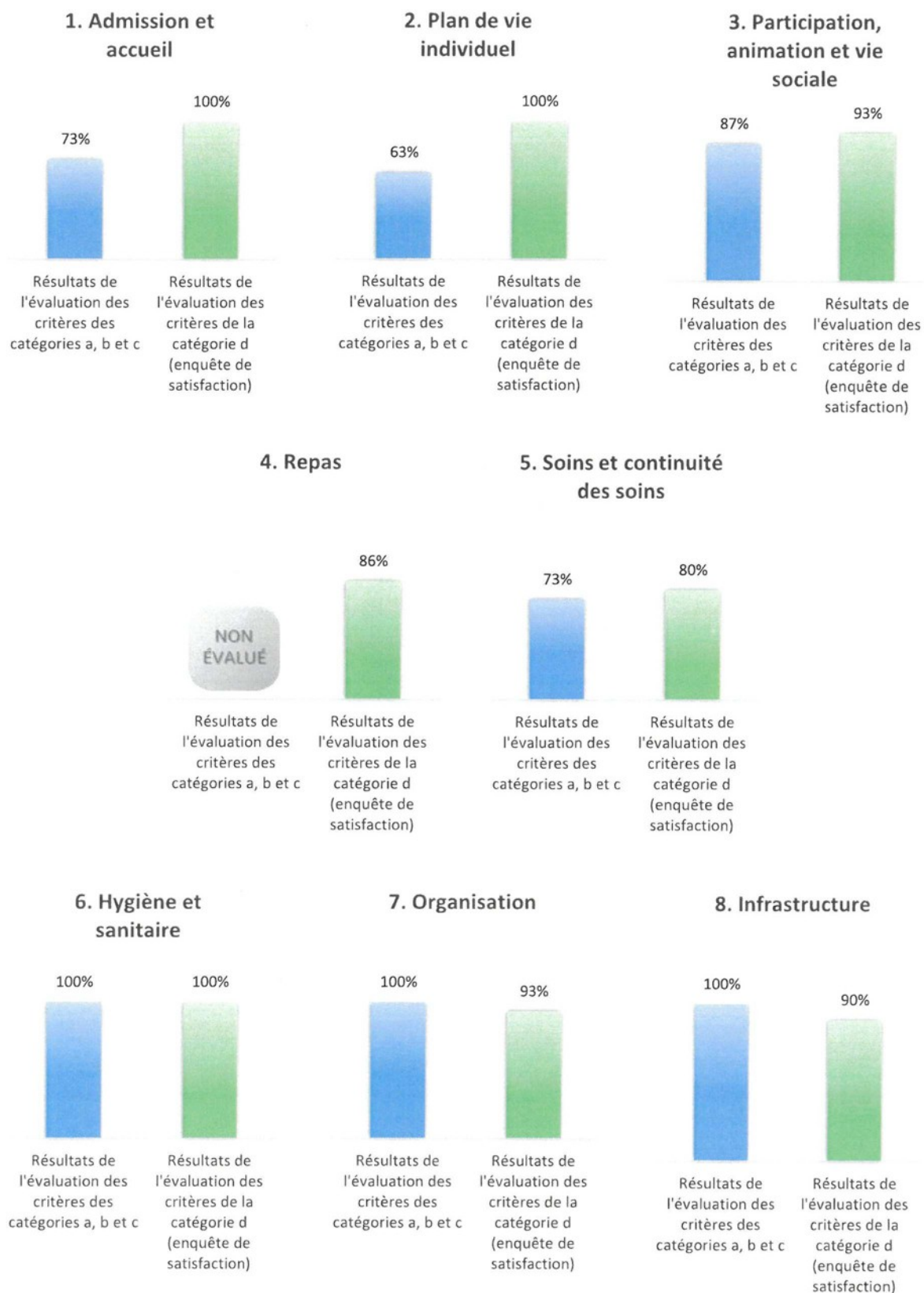
Aucun critère portant sur le domaine « dossier individuel » ne fait l'objet d'une évaluation par l'utilisateur, respectivement aucun critère portant sur le domaine « repas » ne fait l'objet d'une évaluation par les agents de la cellule Qualité. Par conséquent, ces domaines n'apparaissent pas sur le graphique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



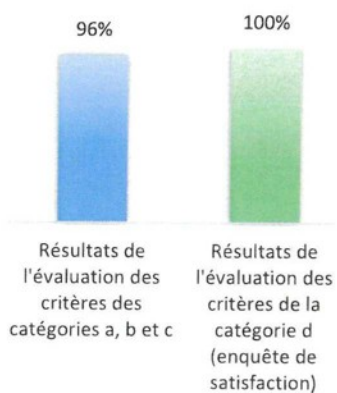
La cellule Qualité observe que l'analyse comparative met en évidence une cohérence globale entre les résultats de l'évaluation des critères des catégories a), b) et c) et ceux issus de l'enquête de satisfaction des usagers (catégorie d)). Les domaines relatifs à la bienveillance, à la sécurité, à l'hygiène ainsi qu'à l'organisation présentent des résultats positifs et concordants, tant au regard des constats réalisés par la cellule Qualité que des retours exprimés par les usagers.

Certaines divergences apparaissent toutefois entre l'évaluation des pratiques et le ressenti des usagers, notamment dans les domaines liés à l'accueil et à l'admission, à la gestion des réclamations, au plan de vie individuel ainsi qu'à la continuité des soins. Ces écarts mettent en évidence l'intérêt de poursuivre les efforts engagés en matière de communication, de traçabilité et d'harmonisation des pratiques, afin de renforcer la qualité de l'accompagnement et l'expérience des usagers.





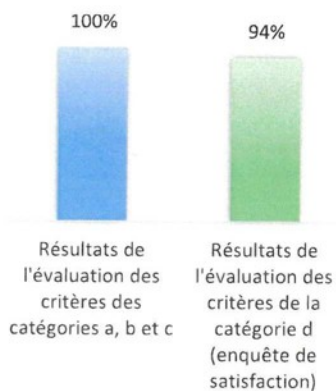
9. Sécurité



10. Ethique



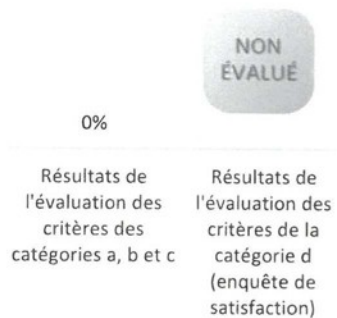
11. Bienveillance



12. Gestion des réclamations



13. Dossier individuel





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

« **Admission et accueil** » : concernant cette thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouvel usager et d'admission a été vérifiée. La mise en application de ces deux procédures a également été évaluée.

Le point de contrôle portait sur la traçabilité du retour d'information transmis au réseau principal et à la famille, lorsque celle-ci en fait la demande, à l'issue de la journée d'essai, ainsi que sur la fixation du début de la prise en charge au centre de jour. Sur les dix dossiers analysés, ces informations ont pu être retrouvées dans neuf dossiers. Un seul dossier ne contenait aucune trace de la communication effectuée au réseau principal. Malgré cette non-conformité, la communication avec le réseau et la famille est globalement bien assurée et documentée. Les dossiers décrivent le déroulement de la journée d'essai, les éléments à prévoir ainsi que les différents points abordés et discutés. Une amélioration reste toutefois nécessaire afin d'assurer une traçabilité systématique de ces échanges dans l'ensemble des dossiers.

Par ailleurs, la cellule Qualité a procédé à une revue des contrats de prise en charge afin d'en vérifier la conformité avec les dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023. Ce point a été évalué dans le cadre de la procédure d'admission des résidents. Huit des dix contrats de prise en charge examinés étaient conformes aux exigences légales. Dans deux cas, le service n'a pas pu apporter la preuve démontrant que le projet d'établissement ainsi que le règlement d'ordre interne avaient bien été remis à l'utilisateur lors de la signature du contrat.

Lors des entretiens avec les usagers, les agents ont demandé si l'utilisateur ou son représentant légal avait bien compris le contenu du contrat de prise en charge ainsi que du règlement d'ordre intérieur sur la base des explications fournies. La majorité des usagers ou de leurs représentants légaux a indiqué avoir bien compris le contrat de prise en charge à la suite des explications reçues. Quelques personnes ont déclaré ne plus s'en souvenir ou ne pas souhaiter se prononcer. Dans l'ensemble, les réponses recueillies témoignent d'une bonne compréhension des informations transmises.

Concernant le règlement d'ordre intérieur, l'ensemble des usagers ou de leurs représentants légaux a déclaré en avoir bien compris le contenu après avoir reçu les explications nécessaires. Les retours recueillis mettent en évidence une bonne appropriation des informations communiquées ainsi qu'une satisfaction globale quant à leur clarté et à leur accessibilité.

« **Plan de vie individuel** » : le plan de vie individuel constitue un élément central de la prise en charge de l'utilisateur. Afin d'en évaluer la qualité, la cellule Qualité a examiné différents aspects, notamment sa mise à jour en cas de changement de situation, la prise en compte de l'état de santé, des capacités cognitives, du degré de dépendance, des volontés et préférences personnelles, de la biographie de l'utilisateur, ainsi que la connaissance et le respect de ce plan par le personnel.

Concernant la mise à jour du plan de vie individuel en cas de changement de situation, deux points de contrôle ont été analysés. Le premier point portait sur le suivi des traitements spécifiques, notamment l'insulinothérapie. Une non-conformité a été constatée en raison de l'absence de traçabilité de certains éléments relatifs à la surveillance glycémique et à l'administration du traitement dans le dossier de soins. Même lors d'absences temporaires de l'utilisateur, les informations nécessaires à la continuité et à la sécurité de la prise en charge doivent être documentées de manière systématique.

Le second point concernait la réalisation et la documentation du bilan infirmier effectué au retour d'hospitalisation ainsi que la transmission des informations pertinentes aux proches ou aux partenaires de soins. Dans un dossier, aucune trace écrite du bilan réalisé ou des transmissions effectuées n'a pu être retrouvée, ne permettant pas de démontrer la mise en œuvre des actions prévues par la procédure.



S'agissant de la prise en compte de l'état de santé de l'utilisateur, le contrôle a porté sur la documentation des allergies et des antécédents médicaux. Si les antécédents médicaux étaient renseignés dans l'ensemble des dossiers examinés, quatre dossiers ne comportaient aucune information formelle relative aux allergies, conformément aux dispositions documentaires prévues par le service. En l'absence de mention explicite, il est impossible de déterminer si aucune allergie n'est connue ou si cette vérification n'a pas été réalisée. La cellule Qualité considère dès lors que le renseignement systématique de cette rubrique, y compris par la mention « Aucune allergie connue » lorsque cela est applicable, constitue un élément essentiel à la sécurité de la prise en charge.

L'évaluation de la prise en compte des capacités cognitives a montré que seuls trois dossiers sur dix contenaient des informations permettant d'apprécier les capacités cognitives de l'utilisateur. Dans les autres dossiers, aucun élément ne permettait de démontrer que ces capacités avaient été évaluées ou intégrées dans le plan de vie individuel. Cette absence de documentation ne permet pas de garantir que les besoins spécifiques liés au fonctionnement cognitif de l'utilisateur ont été identifiés et pris en compte dans son accompagnement. Une documentation plus systématique apparaît nécessaire afin de soutenir une évaluation adaptée des besoins, la personnalisation de l'accompagnement et la continuité des interventions entre les différents professionnels impliqués.

Concernant le degré de dépendance, les dossiers analysés étaient conformes. Les informations relatives au niveau d'Assurance Dépendance, à la mobilité, aux éliminations et aux repas étaient renseignées dans l'ensemble des dossiers examinés, démontrant une bonne prise en compte de ces éléments dans la planification de l'accompagnement.

La prise en compte des volontés et préférences personnelles a également été examinée. Une non-conformité a été relevée dans un dossier où les informations relatives aux préférences et aversions alimentaires ainsi qu'aux activités et loisirs de l'utilisateur n'étaient pas documentées. Ces informations constituent pourtant des éléments importants du plan de vie individuel, dans la mesure où elles permettent de garantir un accompagnement personnalisé, respectueux des choix, des habitudes et des centres d'intérêt de la personne accompagnée.

Concernant la biographie de l'utilisateur, le contrôle a porté sur la présence d'éléments permettant de retracer son parcours de vie et de recueillir des informations utiles à la personnalisation de son accompagnement. Sur les dix dossiers analysés, six présentaient une non-conformité. Dans plusieurs situations, les informations biographiques étaient totalement absentes ; dans d'autres, elles se limitaient à quelques données générales ne permettant pas de disposer d'une connaissance suffisamment approfondie de l'histoire de vie, des habitudes, des valeurs, des centres d'intérêt, des préférences ou des repères personnels de l'utilisateur.

Cette situation constitue un point d'attention majeur dans la mesure où la biographie est un élément fondamental du plan de vie individuel. Elle contribue à une meilleure compréhension de la personne, de son parcours, de ses habitudes, de ses attentes, de ses ressources et de ses repères de vie. Elle favorise également le maintien de l'identité de l'utilisateur et soutient une approche véritablement individualisée de l'accompagnement.

Lors des échanges avec les professionnels, il a toutefois été constaté que les équipes disposaient souvent d'une connaissance plus détaillée du parcours et des habitudes de vie des usagers, acquise au fil de l'accompagnement. Ces informations n'étaient cependant pas systématiquement formalisées dans le dossier individuel. Cette absence de documentation limite le partage des connaissances entre les intervenants et ne permet pas de garantir que l'ensemble des éléments nécessaires à une prise en charge individualisée soit accessible à tous les professionnels amenés à accompagner l'utilisateur.

Enfin, les usagers interrogés ont indiqué se sentir globalement impliqués dans l'élaboration de leur plan de vie individuel et considéraient que leurs besoins, leurs habitudes et leurs préférences sont pris en compte par le personnel. Ils soulignent également être encouragés à participer à des activités adaptées à leurs intérêts tout en conservant leur liberté de choix. Les réponses recueillies témoignent ainsi d'une satisfaction globale quant au respect et à la prise en compte de leur projet de vie individuel.



« **Participation, animation et vie sociale** » : la cellule Qualité a vérifié l'existence d'une organisation permettant la mise en place d'activités individuelles ainsi que d'activités spécifiques destinées aux usagers atteints d'une maladie démentielle, en complément des activités prévues dans le cadre de l'assurance dépendance. Le programme d'animation et de vie sociale est formalisé et affiché. Un concept ainsi qu'une procédure visant à garantir l'implication des usagers dans la vie et le développement du service sont en place et appliqués.

Les échanges réalisés avec les usagers montrent que la majorité d'entre eux connaissent les possibilités qui leur sont offertes pour participer à la vie du centre de jour, notamment au travers des réunions d'échange et des temps de concertation régulièrement organisés. Un seul usager indique ne pas connaître les modalités de participation existantes.

De manière générale, les usagers expriment une appréciation positive du centre de jour et se déclarent satisfaits de l'accompagnement proposé. Ils soulignent en particulier le bien-être ressenti, la diversité des activités ainsi que les interactions sociales favorisées par la structure. Un usager a toutefois rapporté une expérience moins satisfaisante, en lien avec des difficultés perçues dans l'accompagnement proposé et un intérêt limité pour certaines activités organisées.

Les usagers déclarent connaître le programme d'animation et de vie sociale. Celui-ci leur est communiqué régulièrement par différents supports (programme papier, courrier électronique, classeur de consultation ou affichage), assurant une information adéquate concernant les activités proposées.

La majorité des usagers indique être associée à l'élaboration de la planification hebdomadaire et mensuelle des activités. Leurs idées, suggestions et souhaits sont pris en considération dans la mesure du possible. Certains usagers précisent néanmoins ne pas souhaiter participer directement à cette démarche.

Les activités proposées sont globalement considérées comme adaptées aux intérêts et aux besoins des usagers. Les réponses recueillies mettent en évidence les efforts réalisés par l'équipe afin de favoriser la participation de chacun et de respecter les préférences ainsi que les capacités individuelles. Dans l'ensemble, les usagers se déclarent satisfaits du programme d'activités, qu'ils jugent varié et adapté. Quelques observations viennent toutefois nuancer cette appréciation positive. Certains usagers s'interrogent sur les effectifs disponibles pour encadrer les activités, estimant que les ressources humaines présentes peuvent parfois limiter les possibilités d'un accompagnement plus individualisé ou d'une attention renforcée en fonction des besoins de chacun.

Par ailleurs, plusieurs retours mettent en évidence l'intérêt de poursuivre l'adaptation des activités aux capacités, aux rythmes et à l'évolution des besoins des usagers, notamment pour les personnes présentant des troubles cognitifs ou une maladie démentielle. Certaines activités peuvent en effet être perçues comme moins adaptées lorsque leur niveau de difficulté, leur durée ou leurs modalités d'organisation ne correspondent pas pleinement aux possibilités de certains participants.

Ces observations soulignent l'importance de maintenir une approche individualisée dans la programmation des activités, en poursuivant le recueil des attentes des usagers et l'adaptation des propositions afin de garantir une participation accessible, valorisante et adaptée à chacun. Les dispositifs permettant l'implication des usagers dans la conception et l'évolution du programme d'animation et de vie sociale sont ainsi en place et connus des usagers.

« **Repas** » : les usagers interrogés ont été invités à exprimer leur avis sur différents aspects liés aux repas.

- *Implication dans l'établissement des menus de la semaine et choix des menus* : plusieurs usagers ont souligné positivement l'existence d'activités telles que les groupes de cuisine, qui offrent certaines possibilités de participation. Les retours recueillis montrent toutefois que l'implication des usagers dans l'élaboration des menus demeure limitée. Cinq usagers n'ont pas souhaité attribuer de notes à ce critère, indiquant ne pas être intéressé par une implication dans l'élaboration des menus.



Parmi les autres réponses, un usager a attribué une note d'un sur cinq, deux usagers une note de trois sur cinq et deux usagers des notes de quatre et cinq sur cinq. Ces résultats mettent en évidence un potentiel d'amélioration concernant l'implication des usagers dans la définition des menus ainsi que la communication des possibilités de participation existantes. Concernant le choix des menus, les usagers indiquent majoritairement être associés aux décisions grâce à la possibilité de choisir entre plusieurs menus ou alternatives proposées. Cette organisation est globalement perçue de manière positive. Un usager estime toutefois que le choix proposé demeure insuffisant, tandis qu'un autre indique ne pas avoir connaissance de cette possibilité. Dans l'ensemble, les réponses recueillies témoignent néanmoins d'une satisfaction générale concernant les possibilités de choix offertes lors des repas ;

- *Horaires de prise des repas* : les usagers se déclarent globalement satisfaits des horaires, qu'ils jugent réguliers et bien respectés. Une seule remarque fait état d'un temps d'attente ou d'une durée de repas jugée quelque peu excessive ;
- *Variété* : les usagers se montrent globalement satisfaits de la variété des repas, qu'ils considèrent comme suffisante et de bonne qualité. Quelques avis ponctuels relèvent toutefois une certaine répétition des menus et expriment le souhait d'une plus grande diversité ;
- *Présentation* : les usagers se déclarent globalement satisfaits de la présentation des repas, qu'ils jugent soignée et appétissante ;
- *Qualité* : les usagers considèrent globalement que la qualité des repas est satisfaisante ;
- *Quantité* : les usagers estiment que les quantités servies sont suffisantes. Plusieurs d'entre eux précisent également qu'il est possible d'obtenir une portion supplémentaire en cas de besoin ;
- *Goût* : les usagers se déclarent globalement satisfaits du goût des repas. Quelques remarques isolées mentionnent toutefois un assaisonnement parfois insuffisant, des plats jugés trop gras ou une qualité gustative variable selon les jours ;
- *Température* : les usagers considèrent généralement que la température des repas est adaptée. Quelques remarques ponctuelles signalent cependant des situations occasionnelles où les plats ont été servis tièdes ou froids ;
- *Service* : les usagers expriment une satisfaction globale à l'égard du service des repas, qu'ils jugent bien organisé et assuré de manière satisfaisante.

« **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* : une procédure écrite relative à la documentation des soins est en place et appliquée par le personnel. La participation des usagers aux activités est tracée dans les dossiers de soins et documentée dans les rapports de soins. La vérification de dix dossiers a mis en évidence une conformité à la procédure institutionnelle. Toutefois, la description des activités d'AAI, tant individuelles qu'en groupe gagnerait à être davantage détaillée dans le cadre de la documentation de la prise en charge des usagers. Une documentation plus précise permettrait de mieux individualiser les interventions, de faciliter le suivi de leur mise en œuvre et de soutenir la continuité des soins au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- *Continuité des soins* : une procédure écrite relative à la continuité des soins est en place. Dans ce cadre, la mise en œuvre du plan d'action canicule ainsi que l'attribution des soignants primaires ont été évaluées.

Concernant le plan d'action canicule (alerte canicule du 19 au 30 juin), les agents ont vérifié la mise en place du suivi de l'hydratation et du poids des usagers concernés ainsi que l'adaptation des menus en période de fortes chaleurs. Lors du contrôle de deux dossiers, il a été constaté que les mesures de suivi de l'hydratation n'étaient pas tracées sous la forme d'un bilan hydrique formalisé, comme requis.



Dans le contexte spécifique d'un centre de jour, où les usagers ne sont présents qu'une partie de la journée, aucun bilan hydrique complet n'est actuellement réalisé. Cette absence de formalisation a entraîné le retrait de deux points pour ce critère.

Il apparaît nécessaire de préciser et formaliser les modalités de suivi de l'hydratation afin de garantir que les recommandations du plan d'action canicule soient adaptées aux spécificités du centre de jour et puissent être démontrées par une traçabilité appropriée. Une modalité de suivi proportionnée au temps de présence des usagers ainsi qu'à leurs facteurs de risque devrait être définie.

Par ailleurs, sept dossiers ont été examinés afin de vérifier l'attribution d'un soignant primaire pour chaque usager, notamment responsable de la planification des soins, ainsi que la concordance entre les initiales figurant dans le dossier et la personne désignée. Les sept contrôles réalisés ont confirmé la conformité des informations et la bonne attribution du soignant primaire ;

- *Hydratation et nutrition (dont besoins spécifiques)* : les usagers bénéficient de repas adaptés à leurs besoins de santé, notamment en cas de troubles de la déglutition, d'intolérances ou d'autres besoins spécifiques. Un concept de nutrition et d'hydratation est en place au sein du service ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures relatives à la préparation d'un transfert vers le milieu hospitalier ainsi qu'à la communication avec les proches et le médecin traitant en cas de transfert en urgence ou de retour d'hospitalisation, les agents ont évalué leur mise en application.

L'analyse des dix dossiers examinés a montré que les mesures de préparation du transfert étaient mises en œuvre. Pour chaque hospitalisation, les informations relatives au motif du transfert, à l'établissement de destination ainsi qu'aux éléments nécessaires à l'accompagnement de l'usager étaient présentes.

Concernant la communication lors d'un transfert en urgence, les éléments examinés ont permis d'en confirmer la réalisation dans sept dossiers sur dix. Pour les trois autres dossiers, aucune preuve ne permettait de démontrer que l'information avait été transmise au médecin traitant.

S'agissant du retour d'hospitalisation, la communication prévue par la procédure n'a pu être démontrée de manière complète que dans trois dossiers sur dix. Pour les sept autres dossiers, les éléments disponibles ne permettaient pas d'établir que l'information avait été transmise au médecin traitant et, dans quatre de ces situations, la communication aux proches ne pouvait pas non plus être démontrée.

Ces constats mettent en évidence la nécessité de renforcer les modalités de traçabilité des communications réalisées lors des transferts et des retours d'hospitalisation afin de garantir une continuité optimale de la prise en charge entre les différents intervenants ;

- *Concepts spécifiques (usagers atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence d'un concept écrit relatif à la prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle ainsi que d'un concept relatif à l'accompagnement des usagers en fin de vie a été constatée. Concernant la prise en charge des usagers atteints de démence, l'analyse de cinq dossiers a mis en évidence la présence d'informations relatives à la biographie, aux habitudes de vie, à l'état émotionnel, aux risques, aux ressources ainsi qu'aux besoins et souhaits des usagers, conformément à l'approche institutionnelle « Den Alter liewen ». Ces éléments favorisent une prise en charge individualisée en permettant d'identifier les repères de vie, les facteurs de protection et les ressources mobilisables pour soutenir l'autonomie et le sentiment de sécurité des usagers. Les informations recueillies demeurent toutefois souvent succinctes. La biographie, les habitudes de vie ainsi que certains aspects émotionnels et psychologiques pourraient être davantage développés afin de soutenir une analyse plus approfondie de la situation individuelle et une personnalisation accrue de l'accompagnement.



Les entretiens menés auprès de cinq collaborateurs ont par ailleurs mis en évidence une bonne connaissance des principes du concept de prise en charge des personnes atteintes de démence et de leur application dans la pratique quotidienne.

Concernant la prise en charge des usagers en fin de vie, l'évaluation a porté sur la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs ainsi que sur la prise en compte des directives anticipées. Dans les dossiers contrôlés, les formations pertinentes étaient renseignées et les informations relatives à l'existence d'une directive anticipée, ou au refus d'en établir une, étaient documentées lorsqu'elles étaient disponibles. Les éléments recueillis témoignent d'une application satisfaisante du concept institutionnel d'accompagnement de fin de vie.

Les usagers interrogés ont exprimé une satisfaction globale concernant la prise en charge dont ils bénéficient. En matière de nutrition et d'hydratation, la majorité des personnes interrogées a indiqué ne pas présenter de besoins spécifiques et n'a pas souhaité attribuer de note. L'unique évaluation recueillie faisait état d'une très grande satisfaction.

Concernant la qualité des soins, deux usagers se sont déclarés très satisfaits et un usager moyennement satisfait. Les autres personnes interrogées ne se considéraient pas concernées par cette thématique. Enfin, les usagers ont indiqué avoir accès aux soins médicaux nécessaires, notamment aux contrôles infirmiers réguliers et aux soins dispensés en fonction de leurs besoins, traduisant une satisfaction globale quant à la prise en charge assurée par le centre de jour.

« **Hygiène et sanitaire** » : les agents de la cellule Qualité ont vérifié la mise en application de différentes procédures, à savoir la procédure de prévention et de lutte contre les infections, la procédure relative aux règles d'hygiène et de salubrité ainsi que le plan de nettoyage du centre de jour détaillant les mesures d'hygiène à respecter.

Une vérification visuelle de l'hygiène des mains a été réalisée auprès de cinq collaborateurs afin de contrôler le respect des critères attendus (absence de bagues, absence de vernis, ongles courts et avant-bras dégagés). Les cinq collaborateurs observés respectaient l'ensemble de ces critères.

Des questions de pratique professionnelle ont également été posées concernant la conduite à tenir face à un usager présentant des signes évocateurs d'une infection transmissible ainsi que les mesures visant à prévenir la transmission des infections. Les réponses apportées démontrent une connaissance globalement satisfaisante des consignes institutionnelles relatives à la prévention et à la gestion du risque infectieux.

Par ailleurs, cinq collaborateurs ont été interrogés sur les principes d'hygiène des mains et l'utilisation des gants. L'ensemble des collaborateurs a démontré une bonne connaissance des situations nécessitant une hygiène des mains ainsi que des règles d'utilisation des gants, conformément aux dispositions prévues par la procédure institutionnelle.

Les agents ont également vérifié l'application du plan de nettoyage. Le contrôle a porté sur les opérations de nettoyage quotidiennes et hebdomadaires des sols de la salle de repos du centre de jour réalisées au cours du mois de novembre. Les enregistrements consultés étaient complets, correctement renseignés et conformes aux fréquences ainsi qu'aux modalités prévues par le plan de nettoyage. Aucun écart n'a été constaté, démontrant une application conforme du plan de nettoyage en vigueur.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du centre de jour* : les usagers expriment une satisfaction globale concernant la qualité du nettoyage du centre de jour. Les réponses recueillies mettent en évidence un environnement propre, bien entretenu et faisant l'objet d'un nettoyage régulier ;
- *Hygiène des sanitaires* : les usagers expriment une satisfaction globale concernant l'hygiène des sanitaires. Les réponses reflètent une perception positive de leur état de propreté ainsi que de la qualité de leur entretien.



« **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 à l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023. L'organigramme, régulièrement mis à jour, a été communiqué au personnel et aux usagers. Un plan de formation du personnel est également en place.

Les usagers ont ensuite été invités à partager leur perception de différents aspects liés à l'organisation du centre de jour.

- *Chargée de direction* : les usagers expriment une satisfaction globale quant à l'implication de la chargée de direction dans le fonctionnement du centre de jour. Ils soulignent sa présence régulière, sa disponibilité ainsi que l'attention portée à leur bien-être et à leur satisfaction.

Concernant les informations relatives aux changements susceptibles d'avoir un impact sur le fonctionnement du centre de jour ou sur l'accompagnement des usagers, la majorité des usagers et de leurs proches estiment être informée de manière satisfaisante. Les informations semblent globalement transmises de façon adéquate. Une personne a toutefois exprimé certaines préoccupations concernant l'organisation du service et les effectifs disponibles ;

- *Obtention du soutien nécessaire pour les déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte* : les usagers concernés estiment bénéficier de l'accompagnement nécessaire pour leurs déplacements, tant au sein du centre de jour qu'à l'extérieur de celui-ci. Les personnes nécessitant une assistance soulignent la disponibilité du personnel ainsi que l'aide apportée, qu'elles jugent adaptée à leurs besoins et à leur niveau d'autonomie. Dans l'ensemble, les usagers se déclarent satisfaits du soutien qui leur est apporté dans ce domaine.

« **Infrastructure** » : les usagers disposent de moyens permettant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion Wi-Fi, etc.). La vérification de dix dossiers a confirmé que l'ensemble des usagers bénéficie d'un accès à ces différents moyens de communication conformément aux exigences établies. Les dossiers contrôlés étaient tous conformes.

Concernant les moyens de communication mis à disposition, les retours des usagers sont globalement positifs. Ceux-ci se déclarent satisfaits des équipements disponibles. Les entretiens ont toutefois mis en évidence une utilisation limitée de certains dispositifs, notamment la télévision et la radio, ainsi qu'une connaissance parfois partielle des possibilités offertes en cas de besoin. Ces constats suggèrent qu'une information complémentaire sur les équipements disponibles et leurs modalités d'utilisation pourrait favoriser leur accessibilité et leur utilisation.

Les usagers ont également été invités à se prononcer sur l'entretien du centre de jour, tant en ce qui concerne les locaux que le matériel mis à leur disposition. Les réponses recueillies témoignent d'une satisfaction globale quant à l'entretien des infrastructures. Les usagers mettent en avant un environnement propre et bien entretenu, ainsi qu'une prise en charge rapide des réparations et des problèmes techniques lorsqu'ils surviennent. Les lieux de vie communs sont également perçus comme satisfaisants. Dans l'ensemble, les retours traduisent une appréciation positive des conditions matérielles offertes par le centre de jour.

S'agissant du confort thermique, les usagers se déclarent globalement satisfaits de la température au sein de la structure. Les évaluations recueillies témoignent d'un niveau de satisfaction élevé. Quelques remarques font toutefois état d'une sensation de fraîcheur en début de matinée, qui tend à s'atténuer au cours de la journée. Dans l'ensemble, les retours recueillis mettent en évidence une satisfaction générale concernant les conditions de confort thermique, tout en identifiant un léger point de vigilance durant les premières heures de présence des usagers.



« **Sécurité** » : la cellule Qualité a constaté l'existence des procédures relatives à la déclaration des accidents et incidents concernant un usager, à la gestion des situations de fugue ou de disparition d'un usager, ainsi que d'un concept visant à garantir une circulation sécurisée au sein du centre de jour. La mise en application de ces procédures et de ce concept a fait l'objet d'une évaluation.

Dans le cadre de l'analyse de la gestion des événements indésirables, dix dossiers ont été examinés afin de vérifier la traçabilité des événements, des actions mises en œuvre et de leur suivi. Les contrôles ont montré que les événements indésirables étaient correctement documentés dans l'outil prévu à cet effet et que les actions décidées ainsi que leur évaluation étaient enregistrées conformément aux pratiques attendues. La décision d'informer ou non la personne de confiance ou la personne de contact de l'utilisateur était prise sur la base des informations figurant au dossier ainsi que des circonstances observées. Les dix dossiers analysés étaient conformes et aucun écart n'a été relevé. La traçabilité des événements indésirables, des actions correctives ou préventives ainsi que de leur suivi est assurée de manière satisfaisante.

Par ailleurs, cinq collaborateurs ont été interrogés sur la procédure applicable en cas d'absence imprévue d'un usager du centre de jour. Ils ont été en mesure d'identifier les différentes étapes prévues par la procédure, notamment les recherches initiales au sein du centre de jour, l'information des personnes responsables, la coordination des recherches avec les autres secteurs concernés ainsi que les mesures complémentaires à mettre en œuvre en cas d'absence prolongée. Ils ont également démontré leur connaissance des exigences en matière de traçabilité, notamment la documentation de l'événement dans le rapport de soins, la description des circonstances de l'absence, des actions entreprises, de l'état physique et psychique de l'utilisateur retrouvé ainsi que des mesures de surveillance ou de suivi à prévoir. Les réponses apportées étaient conformes aux attentes.

Concernant l'application du concept visant à garantir une circulation sécurisée des usagers, cinq dossiers ont été analysés afin de vérifier la prise en compte et la documentation des aides techniques utilisées ainsi que des mesures mises en place pour sécuriser les déplacements. Cinq vérifications complémentaires ont également été réalisées afin de s'assurer que les collaborateurs disposaient des formations requises en matière de sécurité, notamment concernant le plan d'urgence, les premiers secours et l'utilisation du matériel de secours. Les contrôles effectués confirment que les collaborateurs disposent des compétences et formations nécessaires à l'exercice de leurs fonctions et que les mesures favorisant une circulation sécurisée des usagers sont intégrées dans l'organisation du service. Une non-conformité a toutefois été constatée dans un dossier où une aide technique utilisée par l'utilisateur n'était pas renseignée dans la rubrique prévue à cet effet. Cette omission ne permet pas de garantir que l'ensemble des professionnels dispose d'une information complète et actualisée concernant les besoins de l'utilisateur en matière de mobilité et de sécurité. Dans l'ensemble, les résultats démontrent une application satisfaisante du concept de circulation sécurisée. Une attention particulière devrait néanmoins être portée à la mise à jour systématique des informations relatives aux aides techniques afin de garantir la fiabilité des données disponibles et la continuité de l'accompagnement.

Le personnel a également été interrogé afin d'évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention. Cinq collaborateurs ont été questionnés sur les procédures à appliquer en cas de déclenchement d'une alarme incendie et lors de la confirmation d'un incendie. L'ensemble des personnes interrogées a répondu correctement aux questions posées et démontré une bonne maîtrise des consignes en vigueur. Les collaborateurs connaissent les différentes étapes à suivre, notamment l'identification de la situation, la transmission de l'alerte, l'évacuation des occupants et l'accueil des services de secours. Les résultats confirment ainsi une bonne connaissance des mesures de sécurité et des procédures applicables en situation d'urgence.



Les usagers interrogés se sont également exprimés sur le délai de réaction du personnel à leurs appels d'urgence. Ils estiment globalement que le personnel répond rapidement aux sollicitations et demeure disponible en cas de besoin urgent. Une seule situation particulière fait toutefois état d'une réactivité jugée insuffisante. Dans l'ensemble, les retours recueillis témoignent d'une perception positive de la disponibilité du personnel et de sa capacité à intervenir de manière rapide et adaptée lorsque la situation l'exige.

« **Éthique** » : la cellule Qualité a vérifié que la procédure de saisine du comité d'éthique avait été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux, à leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel. À cette fin, cinq contrôles ont été réalisés auprès du personnel et cinq vérifications ont porté sur l'information transmise aux usagers, à leurs représentants légaux et à leurs personnes de contact.

Les vérifications effectuées se sont révélées conformes aux exigences attendues. Les modalités de communication de la procédure sont définies dans le projet d'établissement et un affichage relatif au comité d'éthique est disponible au sein du centre de jour, garantissant ainsi l'accès à l'information pour l'ensemble des personnes concernées.

Par ailleurs, les usagers interrogés ont été invités à se prononcer sur leur satisfaction à l'égard de la procédure de saisine du comité d'éthique. Aucun des dix usagers interrogés n'a souhaité attribuer de note. La majorité d'entre eux a indiqué ne pas connaître le comité d'éthique et ne pas être en mesure d'évaluer la procédure de saisine.

Les résultats recueillis ne permettent dès lors pas d'apprécier le niveau de satisfaction des usagers à l'égard de ce dispositif. Ils mettent toutefois en évidence une connaissance limitée de cette instance parmi les personnes interrogées, malgré les mesures d'information mises en place au sein de la structure.

« **Bienveillance** » : afin d'évaluer cette thématique, la cellule Qualité a vérifié l'existence des lignes de conduite destinées au personnel concernant le respect de l'intimité, de la dignité et de la volonté de l'usager, ainsi que de la procédure écrite relative à la bienveillance.

Dans ce cadre, cinq collaborateurs ont été interrogés afin d'apprécier leur connaissance des principes relatifs au respect de la vie privée, de l'intimité, de la dignité et des choix de vie des usagers. Les échanges ont démontré une bonne maîtrise des attentes institutionnelles ainsi que des comportements professionnels attendus. Les collaborateurs ont notamment identifié l'importance de préserver le caractère privé de l'espace personnel de l'usager, de respecter sa dignité et son intimité, et de prendre en considération ses souhaits, ses habitudes de vie, ses valeurs, ses croyances et ses préférences dans l'accompagnement proposé.

Les entretiens ont également mis en évidence une bonne compréhension des notions liées au respect des choix personnels des usagers, qu'il s'agisse de leurs convictions religieuses ou spirituelles, de leur participation aux activités ou encore de leurs préférences alimentaires. Les collaborateurs ont démontré connaître les principes permettant d'adapter l'accompagnement aux besoins et aux attentes exprimés par les usagers.

Par ailleurs, cinq collaborateurs ont été interrogés sur les principes fondamentaux de la bienveillance. L'ensemble des personnes rencontrées a démontré une bonne connaissance des notions de respect de la dignité, de l'autonomie, de l'intimité, des choix personnels et de la sécurité des usagers. Les réponses apportées témoignent d'une compréhension adéquate de l'approche individualisée préconisée par l'établissement ainsi que de l'importance de prévenir les situations susceptibles de porter atteinte aux droits ou à l'intégrité des usagers.

L'évaluation réalisée confirme ainsi que les principes de bienveillance sont connus et compris par le personnel, qui est en mesure d'identifier les comportements et attitudes à adopter pour favoriser un accompagnement respectueux des valeurs, des attentes et du mode de vie de chaque usager.



Les usagers interrogés ont été invités à exprimer leur perception du respect de leur vie privée, de leur dignité, de leur intimité et de leur volonté, ainsi que du comportement du personnel à leur égard. Ils ont également été questionnés sur l'écoute dont ils bénéficient et sur l'attention accordée à leurs proches.

Dans l'ensemble, les usagers estiment que leur vie privée, leur dignité, leur intimité et leur volonté sont respectées. Les réponses recueillies témoignent d'un niveau de satisfaction globalement élevé et mettent en évidence un accompagnement perçu comme respectueux et bienveillant. Les usagers considèrent que le personnel tient compte de leurs souhaits, de leurs préférences et de leurs choix dans le cadre de l'accompagnement proposé.

Concernant le respect manifesté par le personnel, les réponses sont majoritairement positives et traduisent un niveau de satisfaction élevé. Un usager n'a toutefois pas souhaité attribuer de note et un autre a attribué une note de trois sur cinq, en précisant que certains membres du personnel ne lui paraissaient pas toujours respectueux dans toutes les situations. Les autres usagers ont attribué des notes de quatre ou cinq sur cinq. Ces résultats mettent en évidence une perception globalement favorable du comportement du personnel, tout en soulignant la nécessité de maintenir une attitude respectueuse et constante auprès de l'ensemble des usagers.

S'agissant de l'écoute et de la disponibilité du personnel, les usagers considèrent globalement que les professionnels sont attentifs à leurs besoins et prennent le temps nécessaire pour échanger avec eux. Un usager n'a cependant pas souhaité attribuer de note et un autre a attribué une note de trois sur cinq, estimant que le personnel pourrait consacrer davantage de temps à l'écoute des usagers et que certains échanges sont parfois interrompus prématurément. Cette observation constitue un point de vigilance concernant la disponibilité du personnel dans certaines situations.

Enfin, les usagers estiment globalement que le personnel est à l'écoute de leurs proches lorsque des échanges ont lieu. Plusieurs usagers ont toutefois indiqué ne pas être concernés, en raison de leur autonomie ou de l'absence de contacts réguliers entre le personnel et leur entourage. Quatre usagers n'ont pas souhaité attribuer de note, tandis que les six autres ont attribué une note de quatre ou cinq sur cinq, traduisant une appréciation positive de l'attention portée aux proches.

« **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué afin de vérifier, d'une part, que la procédure était correctement communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact et, d'autre part, qu'elle était appliquée conformément aux exigences internes. Les vérifications réalisées ont mis en évidence que les modalités d'information sont bien en place au sein du centre de jour. Une communication, affichée dans les locaux, informe les usagers et leurs proches de la possibilité d'adresser toute réclamation directement à la chargée de direction. Cette démarche permet de garantir l'accessibilité du dispositif de réclamation pour les personnes concernées.

La procédure d'enregistrement et de traitement des réclamations a également été contrôlée. L'analyse dix dossiers a démontré une application conforme de la procédure interne. Les réclamations, qu'elles soient formulées oralement ou par écrit, sont documentées, transmises au responsable du centre de jour et intégrées dans l'outil de suivi prévu à cet effet. Les éléments requis par la procédure étaient présents dans l'ensemble des dossiers vérifiés, assurant ainsi une traçabilité adéquate du traitement des réclamations.

Les usagers interrogés ont également été invités à exprimer leur opinion concernant la procédure de réclamation. La majorité d'entre eux ne se sentaient pas concernés par ce critère, n'ayant jamais eu recours au dispositif. Parmi les usagers ayant déjà formulé une réclamation, les avis sont plus nuancés. Certains indiquent que leur demande a été prise en compte et a donné lieu à des améliorations. D'autres estiment que les effets des mesures mises en œuvre n'étaient pas suffisamment perceptibles ou ne correspondaient pas entièrement à leurs attentes.



Ces retours ne remettent pas en cause la conformité du processus de gestion des réclamations, mais soulignent l'importance d'une communication claire sur les suites réservées aux réclamations et sur les actions mises en œuvre à la suite de celles-ci. Une meilleure visibilité de ces actions pourrait contribuer à renforcer la perception, par les usagers, de la prise en compte effective de leurs demandes.

« **Dossier individuel** » : le dossier individuel est établi par l'organisme gestionnaire afin de soutenir la qualité de la prise en charge de l'utilisateur et de faciliter l'élaboration ainsi que le suivi du projet de vie individuel. Son contenu n'est pas directement partagé avec l'utilisateur, bien que celui-ci puisse y avoir accès sur demande. Dès lors, aucun critère relatif au dossier individuel n'est évalué dans le cadre de l'enquête de satisfaction.

Les agents ont évalué l'application de la procédure relative à l'établissement et à la mise à jour du dossier individuel. Ils ont notamment vérifié la réalisation des réévaluations périodiques des différents onglets du dossier informatisé, qui doivent être effectuées quatre fois par an dans le cadre de la préparation de la planification des soins.

L'analyse a mis en évidence plusieurs non-conformités liées à l'absence ou à l'insuffisance de réévaluations documentées dans différents domaines, notamment l'évaluation de la douleur (EVS), le risque d'escarre (échelle de Norton), l'incontinence, le risque de déambulation, l'état nutritionnel, le risque de chute et la sécurité des alentours.

Il convient toutefois de souligner que la procédure encadrant ces réévaluations a été mise en place récemment et a fait l'objet de plusieurs adaptations. Ainsi, certains outils, comme l'évaluation de l'incontinence, ne sont appliqués que depuis 2026. Ces éléments peuvent expliquer en partie les difficultés observées dans l'appropriation de certaines exigences.

Concernant l'onglet « Sécurité des alentours », il a été constaté qu'il n'était pas renseigné. Cet outil vise à évaluer les risques liés à l'environnement de vie habituel de l'utilisateur et paraît davantage adapté à une prise en charge à domicile qu'au fonctionnement d'un centre de jour. Une réflexion sur la pertinence de son utilisation dans ce contexte pourrait dès lors être envisagée.

L'évaluation de la douleur constitue également un point d'attention. Dans cinq dossiers, aucune évaluation n'a pu être retrouvée et, dans les autres dossiers examinés, une seule évaluation avait été réalisée au cours de l'année. Ces constats suggèrent que cette pratique n'est pas encore pleinement intégrée dans les habitudes professionnelles. Une clarification des attentes ainsi qu'une harmonisation des pratiques de traçabilité permettraient de renforcer la cohérence du suivi.

Dans l'ensemble, la procédure relative au dossier individuel est en place, mais son application demeure partielle. Une attention particulière devrait être portée à la réalisation et à la documentation régulière des réévaluations prévues afin de garantir un suivi conforme aux exigences définies.



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 :

- Qualité de l'accompagnement, de l'animation et de la vie sociale : les usagers expriment un niveau élevé de satisfaction concernant leur bien-être, la qualité et la diversité des activités proposées ainsi que les opportunités d'échanges sociaux offertes par le centre de jour.
- Respect des usagers et culture de bientraitance : les principes de bientraitance sont connus et intégrés dans les pratiques professionnelles. Les usagers se déclarent globalement satisfaits du respect de leur dignité, de leur intimité, de leurs choix de vie et de l'écoute dont ils bénéficient.
- Hygiène maîtrisée et environnement de qualité : les procédures relatives à l'hygiène, à la prévention du risque infectieux et au nettoyage sont appliquées conformément aux exigences. Les usagers expriment en outre une satisfaction globale concernant la propreté des locaux, l'hygiène des sanitaires et l'entretien général du centre de jour.
- Organisation du service et sécurité des usagers : les procédures de sécurité sont maîtrisées par le personnel et correctement appliquées. Les usagers soulignent la disponibilité et la réactivité du personnel ainsi que l'implication de la chargée de direction dans le bon fonctionnement du centre de jour.

Axes de progrès :

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

- Renforcer la qualité de la documentation et la traçabilité des soins en assurant la réalisation et l'enregistrement réguliers des réévaluations prévues, en structurant davantage l'évaluation de la douleur et en formalisant le suivi de l'hydratation dans le cadre du plan d'action canicule.
- Renforcer la continuité et l'individualisation de l'accompagnement en améliorant la transmission et la traçabilité des informations lors des transferts et retours d'hospitalisation, en développant la documentation biographique des usagers et en approfondissant la connaissance de leurs besoins spécifiques, notamment pour les personnes atteintes de troubles cognitifs ou d'une maladie démentielle.
- Améliorer l'information des usagers concernant le comité d'éthique afin de renforcer la visibilité de cette instance et la compréhension des modalités de saisine.



1.3. Programme de remédiation

Bien que les résultats généraux obtenus démontrent une prise en charge globalement satisfaisante, les constats relevés dans la catégorie a) ont conduit à une appréciation « insuffisante », induisant un programme de remédiation. Lesdits constats mettent en évidence plusieurs non-conformités et axes d'amélioration en matière de documentation, de traçabilité et d'actualisation des informations relatives aux usagers. Ces éléments, sans remettre totalement en question la qualité générale de l'accompagnement proposé au sein du centre de jour, sont susceptibles de limiter la démonstration de la conformité des pratiques, la continuité des informations entre les intervenants ainsi que le niveau de personnalisation de l'accompagnement.

L'analyse des critères relatifs à l'admission et à l'accueil ainsi qu'au plan de vie individuel met en évidence plusieurs points d'attention principalement liés à la qualité de la documentation, à la traçabilité des informations et à l'individualisation de la prise en charge. Le programme de remédiation vise dès lors à renforcer la fiabilité et la complétude des données consignées dans les dossiers, à harmoniser les pratiques documentaires et à garantir que les informations essentielles à l'accompagnement des usagers soient systématiquement recueillies, actualisées, tracées et accessibles aux différents professionnels impliqués. S'agissant de l'admission et de l'accueil, l'amélioration attendue concerne principalement la traçabilité des informations transmises au réseau principal et, le cas échéant, à la famille à l'issue de la journée d'essai, afin de garantir une documentation systématique des échanges réalisés.

Concernant le plan de vie individuel, les principaux enjeux portent sur la complétude, l'actualisation et la qualité des informations consignées dans le dossier de l'utilisateur. Une attention particulière doit être portée à la documentation des changements de situation, des suivis infirmiers spécifiques, des retours d'hospitalisation ainsi qu'aux transmissions associées. Le recueil systématique des informations relatives aux allergies, aux capacités cognitives, aux préférences personnelles et à la biographie de l'utilisateur constitue également un axe prioritaire. Le renforcement de ces éléments favorisera une meilleure individualisation de l'accompagnement, une continuité accrue des interventions ainsi qu'une sécurisation renforcée de la prise en charge.

Au regard de ces constats, le programme de remédiation vise prioritairement à renforcer la qualité documentaire des dossiers, à améliorer la traçabilité des actions réalisées et à garantir la disponibilité d'informations complètes, actualisées et partagées entre les différents intervenants participant à l'accompagnement de l'utilisateur. Ces améliorations contribueront à renforcer la sécurité des usagers, la continuité de l'accompagnement et la cohérence des pratiques professionnelles au sein du centre de jour.



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	30 / 46	Insuffisante
Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	15 / 17	Bien
Participation, animation et vie sociale	13 / 15	Bien
Repas	2 / 2	Excellente
Mise en œuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel	106 / 123	Bien
Enquête de satisfaction auprès des usagers	175 / 195	Bien

La catégorie suivante ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

- Catégorie a) Admission et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel

L'organisme gestionnaire est tenu de soumettre un programme de remédiation, conformément aux dispositions de l'article 43(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 15.09.2026

Rédacteur : Véronique TOUSSAINT - Evalueur Qualité

Relecteur: Laura MUCK - Responsable cellule Qualité

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


Max HAHN



Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

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

Organisme gestionnaire : Etablissement public

« Centres, Foyers et Services pour personnes âgées » SERVIOR

Service évalué : Centre de jour pour personnes âgées

« Am Gäertchen » (PA/15/04/062)

Date de l'évaluation : 13/07/2026

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	CDJ-C09	Continuité des soins Le point contrôle évalué pour ce critère est la mise en œuvre du plan canicule pour laquelle la cellule constate que le suivi de l'hydratation n'a pas été tracé sous la forme d'un bilan hydrique formalisé comme requis dans 2 dossiers. SERVIOR émet des réserves quant à ce point de contrôle, celui-ci se rapportant à une situation qui dépend d'une

		situation exceptionnelle et voit mal la relation entre la continuité des soins et le plan canicule. Par ailleurs, la liste des documents à remettre en amont de la visite ne prévoyait pas de plan ou procédure en cas de canicule et aucun document de ce type n'a été remis par SERVIOR. Nous ne comprenons donc pas d'où provient l'obligation de faire des bilans hydriques systématiques. Le seul document qui l'évoque est une recommandation de 2 ministères qui date de 2012 mais qui n'a pas de base légale, réglementaire ou conventionnelle. La cellule requiert ensuite la définition d'une modalité de suivi proportionnée au temps de présence des usagers. Sauf erreur de compréhension de notre part, nous ne voyons pas l'utilité d'un bilan hydrique partiel qui se limiterait à quelques heures de la journée ou quelques jours de la semaine.
D enquête de satisfaction		SERVIOR se félicite des bons résultats de l'enquête de satisfaction. Cependant, certains éléments soulevés par la cellule sont très généralistes et peu précis et ne permettent pas la mise en place de mesures d'améliorations. Des phrases telles que: "un usager a toutefois rapporté une expérience moins satisfaisante, en lien avec des difficultés perçues dans l'accompagnement proposé et un intérêt limité pour certaines activités organisées" "une personne a toutefois exprimé certaines préoccupations concernant l'organisation du service" ne servent pas à instaurer des mesures pour augmenter la satisfaction des usagers. Par ailleurs, d'après les informations de la cellule, 8 sur 10 entretiens se sont fait par téléphone. Nous sommes d'avis que cette façon de procéder n'est pas adaptée au profil d'usagers qui fréquentent le centre de jour et que le contact direct serait à privilégier.

D enquête de satisfaction		La cellule rapporte que certains usagers s'interrogent sur les effectifs disponibles pour encadrer les activités et voient des limites d'un accompagnement plus individualisé. SERVIOR tient à préciser que les activités en groupe et l'accompagnement sont offerts principalement dans le cadre du financement des prestations de l'assurance dépendance qui prévoit des coefficients d'encadrement et de qualification. Ces normes sont respectées dans le centre de jour et déterminent le nombre d'effectifs présents.
	D07	Parmi les 10 résidents interrogés sur la procédure de gestion des réclamations, 6 n'ont pas voulu se prononcer parce qu'ils n'ont jamais voulu introduire une réclamation. D'autres ont estimé que le suivi n'était pas perceptible ou ne correspondait pas leurs attentes ce qui mène à une note de 1/5. Sans connaître le contenu de la réclamation, il n'est pas possible d'évaluer si les changements attendus étaient réalisables pour la structure, ni quel type de suivi a été réalisé. Ces constats ne permettent donc pas l'amélioration du processus de gestion des réclamations, telle que mentionnée dans les axes de progrès.

Date et signature : 25/09/2026

Par Antonia Schmit par délégation

Elisabeth GAUDRON
 Chef de département soins
 et encadrement