



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	10/11/2025 (Interviews entre le 23/10/2025 et le 06/11/2025)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	SUR.LU s.à.r.l.
Adresse	16, avenue Grand-Duc Jean L-1842 HOWALD
Nom du Service	SUR.LU
Adresse	16, avenue Grand- Duc Jean L-1842 HOWALD
Numéro agrément en vigueur	PA/23/11/021
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Georges BARTHELEMY Sandy RAACH Liliane GOMES Mélissa BANREZES Nuri LEIRO

Introduction

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

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

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

1° Admission de l'utilisateur ainsi qu' établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur ;

2° Fourniture des prestations et services définis à l'article 18 ;

3° Mise en œuvre du projet d'établissement défini à l'article 24 ainsi qu' établissement et gestion du dossier individuel défini à l'article 27 ;

4° Degré de satisfaction des utilisateurs par rapport aux prestations et services définis à l'article 18 et au projet d'établissement défini à l'article 24.



Elle vise à déterminer les appréciations portées aux différentes catégories évaluées. Une appréciation de type « insuffisante » à l'une ou l'autre catégorie induit de fait la mise en place d'un programme de remédiation.

Objectifs du rapport

Dans un contexte où la population âgée représente une part croissante de notre société, garantir des standards élevés de soins, de sécurité et de bien-être est une priorité. L'évaluation de la qualité des services se concentre sur la mesure de différents critères définis par la loi, tout en identifiant les axes d'amélioration et les bonnes pratiques à valoriser.

Ce rapport vise également à servir de référence pour les autorités compétentes, les bénéficiaires et leur famille, et les établissements concernés afin de favoriser la transparence et de soutenir des mesures stratégiques visant à promouvoir une qualité de service optimale pour les personnes âgées.

Préparation de l'évaluation

Documentation

L'organisme gestionnaire a remis l'intégralité des informations documentées demandées dans les délais impartis.

Organisation des interviews

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 relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement » 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, 8 personnes ont répondu au questionnaire.

Chaque personne interrogée évalue son degré de satisfaction pour chaque critère, sur une échelle de 1 à 5 :

- 5 signifie « tout à fait d'accord » ;
- 4 signifie « d'accord » ;
- 3 signifie « ni d'accord, ni pas d'accord » ;
- 2 signifie « pas d'accord » ;
- et 1 signifie « pas du tout d'accord ».



Les agents en charge de l'évaluation disposent également de deux options supplémentaires pour chaque critère, à savoir :

- NA : « non applicable ». Option sélectionnée lorsque la personne interrogée n'est pas concernée par un critère spécifique eu égard à sa situation personnelle ou ne souhaite pas se prononcer ;
- RI : « réponse inadaptée ». Option sélectionnée lorsque la réponse de la personne interrogée ne permet pas d'obtenir une information cohérente avec la question posée malgré les reformulations et explications des agents.

La sélection de ces options entraîne une neutralisation de la réponse et l'application d'une règle de proportionnalité pour le calcul de la note attribuée au critère.

Les notes attribuées par chaque personne interviewée sont ensuite consolidées pour obtenir une note selon les modalités de calcul suivantes :

- 5 points de qualité si au moins 90% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 4 points de qualité si au moins 80% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 3 points de qualité si au moins 70% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 2 points de qualité si au moins 60% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 1 point de qualité si au moins 50% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 0 points de qualité si moins de 50% personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord.



1. Présentation des résultats et analyse détaillée

Pour rappel, l'attribution des points de qualité se fait sur base des principes suivants :

- Existence d'un concept, d'une procédure, d'une communication ou d'une instruction écrite :
 - o En l'absence de présentation de l'information documentée : 0 points ;
 - o Existence de l'information documentée : 1 point ;
- Critère basé sur l'analyse de dossiers ou interviews :
 - o 5 points de qualité si le critère est rempli pour 100% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 4 points de qualité si le critère est rempli pour au moins 90% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 3 points de qualité si le critère est rempli pour au moins 80% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 2 points de qualité si le critère est rempli pour au moins 70% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 1 point de qualité si le critère est rempli pour au moins 60% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés ;
 - o 0 points de qualité si le critère est rempli pour moins de 60% des résidents, membres du personnel ou dossiers consultés.

Cas particuliers

Si le nombre de dossiers étudiés / personnes interviewées pour lesquels était applicable le critère est inférieur à 10 (critère partiellement applicable), alors une règle de proportionnalité est appliquée pour obtenir la note sur 5 points.

Si aucun dossier ne correspond au critère (critère non applicable), alors un recalcul du total des points de la catégorie est fait, pour exclure ce critère sans qu'il n'y ait d'impact sur la notation.

En cas de critère non applicable / partiellement non applicable, l'information est indiquée dans le rapport par la mention « NA » (non applicable). En observation, le nombre de dossiers étudiés ou de personnes interviewées est précisé.

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

- moins de 5 usagers ont pu répondre aux critères les concernant. Dans ce cas, les notes y relatives sont conservées pour information dans le tableau qui suit mais sont neutralisées et n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul des points. Une mention « non applicable » apparaît en conclusion du présent rapport ;
- aucun usager n'a pu répondre aux critères les concernant. Aucune note n'apparaît dans le tableau qui suit et une mention « non applicable » apparaît en conclusion du présent rapport.



1.1. Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
a) Catégorie : Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur				
RAS-A1	Existence d'une procédure écrite d'admission (admission préventive et urgente) du nouvel usager	1/1	Admission et accueil	
RAS-A2	La procédure écrite d'admission des usagers est appliquée	0/5	Admission et accueil	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-A3	Le plan individuel de prise en charge tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur*	2/5	Plan individuel de prise en charge	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-A4	Le plan individuel de prise en charge tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A6	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan individuel de prise en charge de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A7	Existence d'un contrat de prise en charge signé à jour	0/5	Admission et accueil	10 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
b) Catégorie : Fourniture des prestations et services				
RAS-B1	Existence d'une procédure écrite de la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	1/1	Plan individuel de prise en charge	
RAS-B2	Le personnel applique la procédure écrite concernant la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	0/5	Plan individuel de prise en charge	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B3	Le cas échéant, le plan individuel de prise en charge tient compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie	2/5	Plan individuel de prise en charge	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B4	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B5	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)



RAS-B6	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B7	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-B8	Existence d'une procédure d'annulation d'un passage	1/1	Organisation	
RAS-B9	Le personnel applique la procédure d'annulation d'un passage	3/5	Organisation	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B10	Existence d'une procédure en cas de retard pour un passage	1/1	Organisation	
RAS-B11	Le personnel applique la procédure en cas de retard pour un passage	5/5	Organisation	
RAS-B12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B14	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	1/1	Sécurité	
RAS-B15	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	0/5	Sécurité	8 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B16	Existence d'une procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	1/1	Sécurité	
RAS-B17	Le personnel applique la procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	1/5	Sécurité	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B18	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
RAS-B19	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux usagers	5/5	Organisation	
c) Catégorie : Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel				
RAS-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'utilisateur**	4/5	Dossier individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la vie privée de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
RAS-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter le caractère privé du domicile de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	



RAS-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
RAS-C5	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
RAS-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
RAS-C7	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	1/5	Bienveillance	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C8	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	2/5	Hygiène et sanitaire	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C9	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	3/5	Hygiène et sanitaire	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C10	Existence d'un concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C11	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C12	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	0/5	Soins et continuité des soins	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C13	Existence d'une procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C14	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	0/5	Soins et continuité des soins	8 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C15	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C16	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	0/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 5 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C17	Le personnel applique la procédure écrite de bienveillance	5/5	Bienveillance	



RAS-C18	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux usagers, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	0/5	Éthique	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C19	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'utilisateur, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	
RAS-C20	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	3/5	Gestion des réclamations	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C21	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	
d) Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement				
RAS-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat de prise en charge et le devis suite aux explications données	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
RAS-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du projet d'établissement suite aux explications données***	4/5	Admission et accueil	
RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge*	4/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-D4	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
RAS-D5	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	4/5	Gestion des réclamations	
RAS-D6	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	NA	Éthique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
RAS-D7	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication avec le gestionnaire	5/5	Organisation	
RAS-D8	Le personnel est à l'écoute de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D9	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
RAS-D10	Le personnel est respectueux envers les usagers	5/5	Bienveillance	
RAS-D11	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D12	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D13	Le personnel respecte la volonté du de l'utilisateur	4/5	Bienveillance	
RAS-D14	Le personnel respecte le caractère privé du domicile de l'utilisateur	4/5	Bienveillance	
RAS-D15	Le personnel réagit en temps utile aux appels de l'utilisateur	5/5	Sécurité	



RAS-D16	Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	3/5	Organisation	
RAS-D17	L'utilisateur est satisfait des horaires convenus pour sa prise en charge	4/5	Organisation	
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-D19	L'utilisateur obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile	5/5	Organisation	
RAS-D20	L'utilisateur a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-D21	L'utilisateur et le cas échéant son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aide et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))

* au lieu de « dossier individuel »

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

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

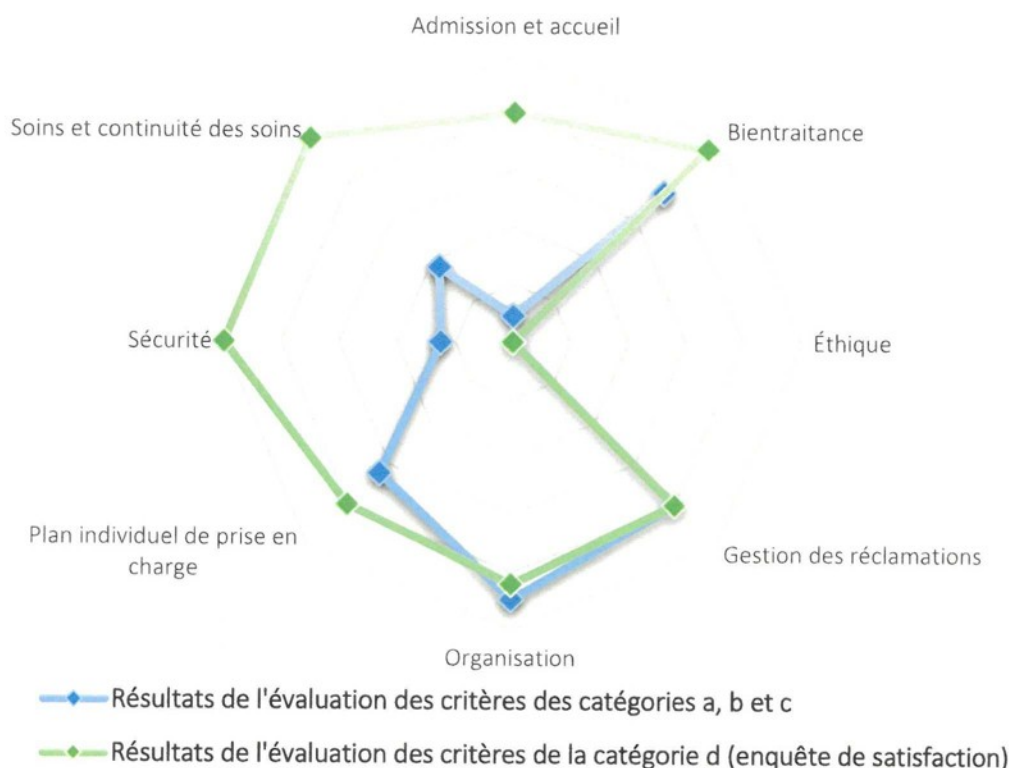


1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

1.2.1. Analyse des résultats par domaine

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

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



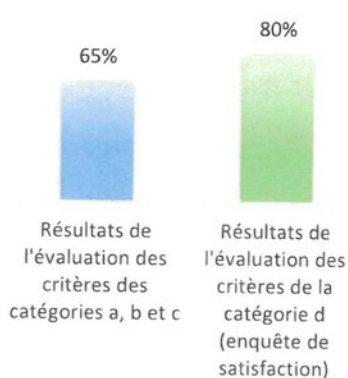
Le service présente, selon le graphique, certaines insuffisances documentaires (catégories a, b, et c évaluées par les agents de la cellule Qualité). Des défauts de traçabilité ont été constatés, et certaines dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services ne sont pas respectées. Il convient toutefois de souligner que, malgré ces constats, les usagers expriment une grande satisfaction quant à leur prise en charge.



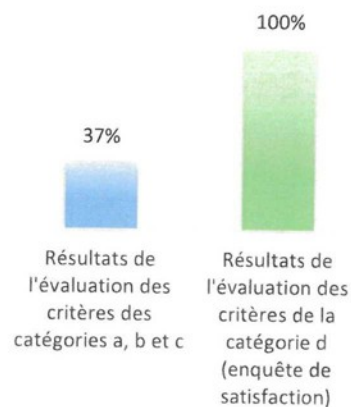
1. Admission et accueil



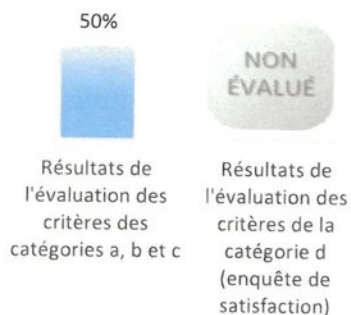
2. Plan de vie individuel de prise charge



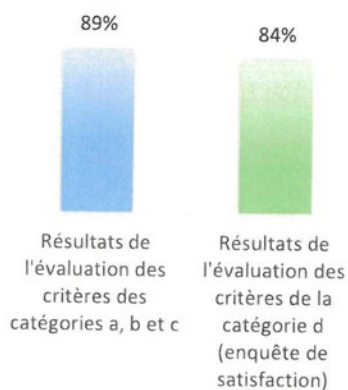
3. Soins et continuité des soins



4. Hygiène et sanitaire



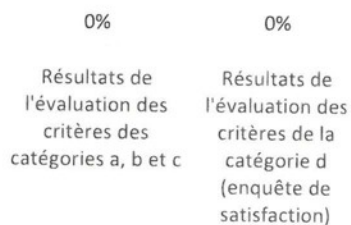
5. Organisation



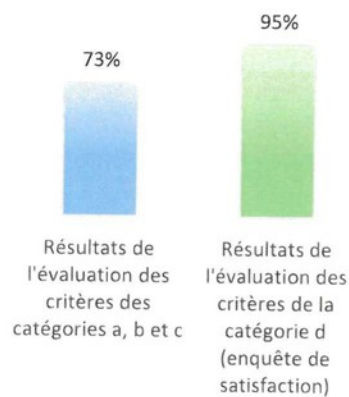
6. Sécurité



7. Ethique

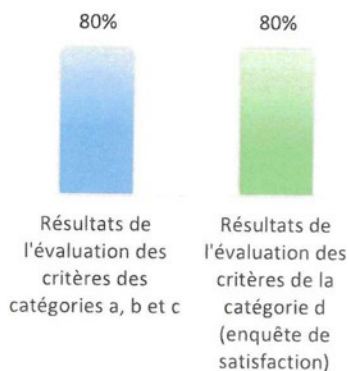


8. Bienveillance





9. Gestion des réclamations



10. Dossier individuel



Les informations qui ressortent de l'analyse des interviews des usagers comparativement aux données de l'évaluation menée sur base des documents et autres concepts par les agents de la cellule Qualité sont :

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de la procédure écrite d'admission du nouvel usager a été avisée. Puis, la mise en application de ladite procédure a été évaluée. Les agents de la cellule ont pu constater que les visites d'évaluation initiale, prévues lors du début de prise en charge, ne sont pas documentées dans le dossier des usagers.

Les contrats de prise en charge ne sont pas conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées : les contrats signés avant la mise en application de la loi précitée n'ont été mis à jour afin de se conformer aux nouvelles exigences. Les devis et le projet d'établissement, par exemple, ne sont pas annexés au 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 le devis, et le contenu du projet d'établissement sur base des explications fournies par le service. Les personnes interrogées ont indiqué que le contrat leur avait bien été expliqué. La majorité des usagers questionnés étaient accompagnés lors de l'entretien d'explications par une personne de la famille (enfant, conjoint), qui a pu les assister dans la compréhension/signature du contrat.

- « **Plan individuel de prise en charge** » : le plan individuel de prise en charge est l'élément central de la prise en charge de l'utilisateur. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments. Ils ont vérifié l'existence d'une procédure écrite de mise à jour du plan individuel de prise en charge, puis sa mise en application. Des défauts de traçabilité dans le dossier de l'utilisateur ont été constatés. Certains plans de soins faisaient mention de traitements pour lesquels aucune ordonnance à jour n'était disponible dans le dossier de l'utilisateur. Les documents ont pu être consultés, mais l'indisponibilité de l'information dans le dossier a constitué un écart sanctionné par un retrait de points. Les agents de la cellule Qualité ont également constaté un défaut de mise à jour trimestrielle des dossiers, conduisant à l'attribution d'un seul point sur 5 points.



Enfin, la cellule a évalué le plan individuel de prise en charge de 10 usagers. L'analyse des dossiers portait notamment sur la prise en compte d'éléments comme les capacités cognitives de l'utilisateur, son degré de dépendance, la prise en compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie, ou encore ses volontés et préférences personnelles, et dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte son plan de vie individuel. Les constats de la cellule sont les suivants : l'évaluation des capacités cognitives n'était pas reprise dans 3 des 10 dossiers consultés, et dans les 7 autres dossiers, la démarche de traçabilité des capacités cognitives n'a été réalisée que récemment. Le degré de dépendance, en relation avec l'évaluation faite par les agents de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'Assurance dépendance, est vérifiable dans l'intégralité des dossiers consultés. Le service n'a pas pu présenter de documentation au sujet des dispositions de fin de vie, dans 3 dossiers sur les 10 dossiers de l'échantillonnage. La cellule Qualité n'impose pas la présence d'une disposition de fin de vie, qui relève d'une prise de décision à la discrétion de l'utilisateur. Elle sanctionne en revanche l'absence de traçabilité prouvant une démarche proactive auprès des usagers.

La chargée de direction démontre une très bonne connaissance des usagers du service; elle est également leur personne de contact principale et toutes les démarches transitent par elle. Si cette situation est actuellement soutenable compte tenu de la taille du réseau, il n'en demeure pas moins que la transmission d'informations se fait majoritairement de façon non-formelle (c'est-à-dire verbalement). Cet état de fait présente plusieurs risques, en termes organisationnels et en termes de traçabilité et de communication des informations. La cellule Qualité s'interroge sur la résilience du service en cas d'indisponibilité imprévue de la chargée de direction.

Lors des échanges avec les usagers interrogés, les agents ont demandé à ces derniers s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan individuel de prise en charge : les usagers sont satisfaits, et ont expliqué aux agents avoir été questionnés sur leurs habitudes de vie au début de leur prise en charge par le réseau.

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

- *Documentation de soins* : il existe une procédure écrite concernant la documentation des soins. L'évaluation de sa mise en application indique des lacunes de la documentation en cas de partage de prise en charge avec un aidant ou en co-intervention avec un autre prestataire. Les informations collectées par le personnel sont partagées lors des échanges en équipe mais ne sont pas formellement tracées. Les discussions et échanges avec les familles/ aidants se déroulent également de façon informelle et ne sont pas retracées dans le dossier de l'utilisateur ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de la mise en application de cette procédure indique que le personnel connaît les différentes démarches à appliquer afin d'assurer une prise en charge optimale de l'utilisateur. Ce point a été évalué par le biais d'interviews avec les équipes ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'utilisateur à un transfert vers le/ au retour du milieu hospitalier, la cellule a évalué sa mise en application. La majorité des dossiers évalués font mention du motif d'hospitalisation. La cellule a aussi avisé les procédures relatives aux communications auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence en milieu hospitalier ou lors du retour de l'utilisateur, puis leur mise en application : la communication entre le médecin et le réseau n'est pas traçable. Le réseau prend en compte les modifications de prise en charge au retour d'hospitalisation, conformément à la fiche de transfert hospitalière et aux différentes ordonnances, mais il n'en informe pas le médecin traitant ;



- *Concepts spécifiques (résidents atteints de démence / prise en charge de la fin de vie) :* l'existence des concepts précités a été constatée. Le point de contrôle portait sur la révision annuelle effective du bilan gériatrique, dont l'objectif est de détecter les risques de dégradation de l'état de l'utilisateur. Plus de la moitié des dossiers vérifiés ne sont pas conformes.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur leur satisfaction quant à la qualité des soins administrés et sur l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Ils sont très satisfaits du personnel et de la prise en charge effectuée par le réseau.

- « **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, et la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires. Le personnel a été interrogé au sujet des précautions standards en cas d'infection (par exemple, les équipements de protection qu'il faut porter pour éviter la transmission des infections et les contaminations), et des règles à respecter pour l'hygiène des mains. Le personnel montre un besoin de renfort des connaissances sur les thèmes de la prévention et de la lutte contre les infections.

Les usagers ne sont pas interrogés sur cette thématique, conformément aux critères définis dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

- « **Organisation** » : La cellule Qualité a constaté les éléments suivants : l'organigramme à jour a bien été communiqué au personnel et aux usagers, et est disponible sur le site internet. Le personnel a une adresse électronique professionnelle où tous les documents/ procédures sont envoyés. Un plan de formation du personnel existe également, qui reprend uniquement les formations obligatoires prévues par la loi. Il existe une procédure d'annulation d'un passage et de procédure en cas de retard pour un passage. L'analyse de leur mise en application montre que le personnel connaît la démarche à suivre.

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

- *Respect et satisfaction des horaires convenus* : moyennement satisfaits. Les réponses présentent une grande variabilité selon les usagers. Parmi le panel des personnes interrogées, deux sont très insatisfaites et ont fait part d'une absence d'information par le réseau, même en cas de retard dépassant les 30 minutes ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire* : très satisfaits. Les usagers apprécient que la chargée de direction soit toujours joignable par téléphone ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile* : très satisfaits. Les usagers estiment être assistés dans leurs déplacements si nécessaire ;
- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur* : satisfaits. Compte tenu du refus de 2 usagers de se prononcer, une proportionnalité a été appliquée.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, et en cas de fugue ou usager porté disparu. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents de la cellule ont constaté que le suivi des accidents/incidents comportait d'importants manquements. La description de l'événement et le suivi sont insuffisants. Des exercices de simulation sont prévues dans les procédures du réseau mais n'ont pas encore été mis en œuvre.

Les usagers interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel en temps utile à leurs appels. Ils sont très satisfaits, le personnel est rapidement disponible en cas d'urgence.



- « **Ethique** » : la cellule Qualité a vérifié que la procédure de saisine du comité d'éthique avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux, à leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel. La procédure, très récente, existe mais le réseau n'a pas encore mis en place de comité et donc n'a pas encore effectué de communication à ce sujet aux usagers.

En parallèle, les agents ont demandé aux usagers interrogés s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : aucun usager ne pouvait se prononcer sur ce critère, la procédure ne leur ayant pas encore été communiquée (puisque le comité éthique n'existe pas).

- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'utilisateur à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé du domicile, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'utilisateur, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. Puis, la mise en application des principes précités a été vérifiée. La cellule Qualité a interrogé le personnel. Ce dernier est en mesure de répondre de manière correcte. Cependant, si le personnel sait de manière empirique quels sont les points importants et les différentes informations nécessaires afin de garantir que les lignes de conduite soient respectées, aucune de ces informations importantes ne sont reprises dans le dossier de l'utilisateur, malgré que cela soit prévu dans les procédures.

Les usagers interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, du caractère privé du domicile, de la vie privée 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 l'écoute de leurs proches. Il en ressort que globalement les usagers sont très satisfaits de l'approche du personnel sur ces sujets. Ils s'estiment traités de façon respectueuse.

- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. D'abord, il a été vérifié que la procédure de gestion des réclamations avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis si elle était correctement appliquée. La procédure est communiquée aux usagers dans le projet d'établissement et le personnel y a accès via leur plateforme professionnelle. Concernant la gestion des réclamations, la procédure sur le terrain n'est pas encore totalement mise en œuvre. La traçabilité de la réclamation et sa description sont documentées, mais la cellule constate un défaut de formalisme pour le suivi et la clôture. La gestion des réclamations est réalisée par la chargée de direction elle-même.

Les agents de la cellule ont demandé aux usagers leur opinion concernant la procédure de réclamation : les usagers sont globalement satisfaits, et savent qu'ils peuvent joindre la chargée de direction s'ils ont une réclamation. Ils estiment que le suivi est rapidement assuré par cette dernière.

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

Les agents ont vérifié la mise en application de la procédure écrite pour l'établissement et la mise à jour du dossier individuel. Les éléments de documentation sont en place et appliqués.



1.2.2. Identification des axes forts et des axes de progrès

Axes forts :

L'analyse des critères et les constats réalisés par la cellule Qualité, ainsi que les interviews de usagers ont permis de déterminer plusieurs axes forts :

- Les collaborateurs font partie d'une équipe à taille humaine, au sein de laquelle la communication est aisée, bien qu'informelle ;
- La chargée de direction connaît extrêmement bien les usagers pris en charge. Par ailleurs, sa disponibilité est très appréciée par ces derniers ;
- Bien que le résultat de cette première évaluation soit insuffisant, le service semble résilient. Les échanges ont permis d'apprécier la volonté d'amélioration du service et une capacité certaine à entendre les constats, même lorsque cela n'est pas évident.

Axes de progrès :

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

- La documentation dans le dossier des usagers est un axe important d'amélioration : les échanges informels doivent faire l'objet d'une traçabilité renforcée, afin de permettre un suivi des usagers sur le long terme. Les interventions des différents professionnels engagés dans la prise en charge de l'utilisateur sont à intégrer également dans cette formalisation ;
- Le personnel doit être mieux formé aux règles et procédures de documentation, afin de garantir l'homogénéité dans les pratiques et le suivi des plans individuels de prise en charge.

Focus sur le programme de remédiation

D'une manière générale, les documents (procédures et concepts) sont très récents. La cellule a constaté que toute la gestion et l'exploitation (flux décisionnels et flux d'informations, administratives ou en relation avec le soin) transitent par la chargée de direction. Tout impondérable, comme une absence imprévue, pourrait avoir des conséquences en termes de transmission et d'accès à des informations essentielles. Cela peut interroger quant à la continuité de l'activité.

Pour conclure ce présent rapport, la cellule Qualité a apprécié la bonne collaboration et les échanges productifs avec l'équipe et la chargée de direction.



2. Conclusion

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

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

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

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

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	18 / 31	Insuffisante
Fourniture des prestations et services	34 / 59	Insuffisante
Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel	32 / 69	Insuffisante
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	90 / 100	Excellente

Les catégories suivantes ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

- Catégorie a) Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur
- Catégorie b) Fourniture des prestations et services
- Catégorie c) Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel

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

Luxembourg, le 18.12.2025

Rédacteur : Liliane GOMES - Evaluator Qualité

Relecteur : Laura MUCK - Responsable de la cellule Qualité

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



Max HAHN



Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

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

Organisme gestionnaire : SUR.LU s.à.r.l.

Service évalué : Service d'aides et de soins à domicile SUR.LU (PA/23/11/021)

Date de l'évaluation : 10/11/2025

Merci de cocher les options qui correspondent à votre situation :

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

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

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

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

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

Observations écrites

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

Date et signature :

13. 01. 2026


SIMBA U. Régine
Gérante SUR.lu