



Rapport détaillé de l'évaluation portant sur la qualité des services pour personnes âgées

En vertu de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées

Date de l'évaluation	09/02/2026 (Interviews entre le 09/01/2026 et le 29/01/2026)
Type de service pour personnes âgées	Centre de jour pour personnes âgées
Nom de l'organisme gestionnaire	HELP- Services d'aides et de soins de la Croix- Rouge luxembourgeoise a.s.b.l.
Adresse	44, boulevard Joseph II L-1840 LUXEMBOURG
Nom du Service	Centre de jour Uelzechtdall
Adresse	3, Place Ferdinand Dostert L-7373 LORENTZWEILER
Numéro agrément en vigueur	PA/11/04/055
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Georges BARTHELEMY Sandy RAACH 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 qu'établissement et 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.

28 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 9 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	0/5	Admission et accueil	7 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	0/5	Admission et accueil	6 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	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A5	Le plan de vie individuel tient compte de l'état de santé 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-A6	Le plan de vie individuel tient compte des capacités cognitives 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-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	0/5	Plan de vie individuel	5 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	2/5	Plan de vie individuel	3 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	0/5	Participation, animation et vie sociale	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 2 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-B3	Le programme d'animation et de vie sociale est affiché	1/1	Participation, animation et vie sociale	



CDJ-B4	Le programme d'animation et de vie sociale est connu par l'utilisateur	5/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B5	Implication des usagers dans l'établissement du plan d'animation et de vie sociale	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B6	Organisation d'activités individuelles (en dehors d'activités en groupe) indépendamment des prestations de l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B7	Organisation d'activités spécifiques pour des usagers atteints d'une maladie démentielle indépendamment des prestations de l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
Sous catégorie : Repas				
CDJ-B8	Existence d'un concept de nutrition et d'hydratation	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-B9	L'utilisateur a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...)	1/1	Soins et continuité des soins	
c) Catégorie : Mise en oeuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel				
CDJ-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'utilisateur	4/5	Dossier individuel	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C5	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'utilisateur	3/5	Bienveillance	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C6	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C7	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	0/5	Soins et continuité des soins	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C8	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C9	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	3/5	Soins et continuité des soins	2 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	4/5	Hygiène et sanitaire	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)



CDJ-C12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C17	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C18	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C19	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	0/5	Bientraitance	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	0/5	Sécurité	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	3/5	Sécurité	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C24	Le personnel connaît le règlement de sécurité et le plan d'intervention	4/5	Sécurité	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	0/5	Gestion des réclamations	10 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)



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	5/5	Sécurité	

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	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le règlement d'ordre intérieur qui lui a été expliqué	3/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan de vie individuel	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D4	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement de la planification hebdomadaire/ mensuelle des activités	4/5	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	4/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D6	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
CDJ-D7	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	3/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D8	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	0/5	Ethique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
CDJ-D9	L'utilisateur est satisfait de l'entretien du centre de jour pour personnes âgées	4/5	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	4/5	Hygiène et sanitaire	
CDJ-D11	L'utilisateur est satisfait de l'entretien des lieux du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D12	L'utilisateur est satisfait de l'hygiène des sanitaires	4/5	Hygiène et sanitaire	



CDJ-D13	L'utilisateur est satisfait de la température au sein du centre de jour pour personnes âgées	4/5	Infrastructure	
CDJ-D14	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition	4/5	Infrastructure	
CDJ-D15	L'utilisateur a accès à des activités qui correspondent à ses intérêts et besoins	2/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-D16	Le personnel est à l'écoute de l'utilisateur	4/5	Bienveillance	
CDJ-D17	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D18	Le personnel motive l'utilisateur à participer à des activités adaptées à ses intérêts et besoins	4/5	Plan de vie individuel	
CDJ-D19	Le personnel est respectueux envers l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D20	Le personnel respecte le plan de vie individuel de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D21	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D22	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D23	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	4/5	Bienveillance	
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 1 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	4/5	Repas	
CDJ-D27	L'utilisateur est satisfait de la variété des repas	4/5	Repas	
CDJ-D28	L'utilisateur est impliqué dans le choix des menus	5/5	Repas	
CDJ-D29	L'utilisateur est satisfait de la présentation des repas	5/5	Repas	
CDJ-D30	L'utilisateur est satisfait de la qualité des repas	5/5	Repas	
CDJ-D31	L'utilisateur est satisfait de la quantité des repas	5/5	Repas	
CDJ-D32	L'utilisateur est satisfait du goût des repas	5/5	Repas	
CDJ-D33	L'utilisateur est satisfait de la température des repas	4/5	Repas	
CDJ-D34	L'utilisateur est satisfait du service des repas	4/5	Repas	
CDJ-D35	Le personnel tient compte de ses besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D36	L'utilisateur est satisfait du programme des activités	3/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-D37	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins administrés	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 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	



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 4 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	3/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



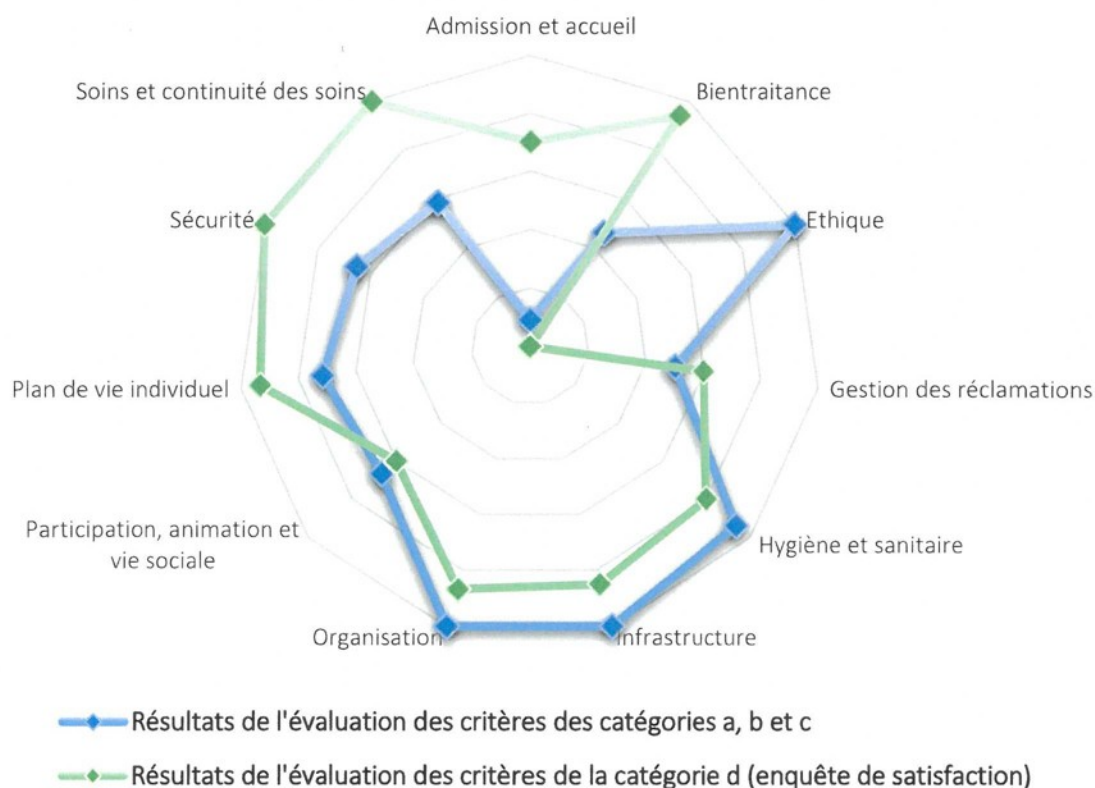
1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

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).

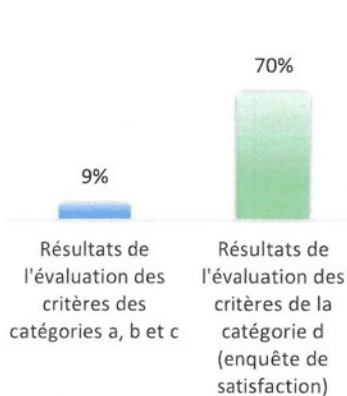
Le domaine « repas », à différencier de la catégorie « repas » définie dans la loi précitée du 23 août 2023, couvre la restauration et ses différents aspects (service, choix des menus...).



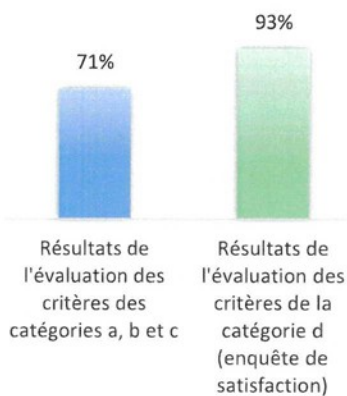
La cellule Qualité observe des disparités entre les constats sur base de l'évaluation des documents et leur mise en pratique, comparativement aux notes résultant de l'enquête de satisfaction auprès des usagers. Le panel est constitué de neuf usagers. Les différents éléments expliquant les convergences et divergences des notes sont analysés plus en détail dans les paragraphes suivants. Concernant l'enquête de satisfaction, seuls neuf usagers ont participé. Une règle de proportionnalité a donc été appliquée afin de comptabiliser les points.



1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel



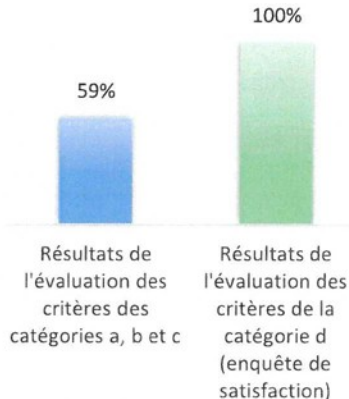
3. Participation, animation et vie sociale



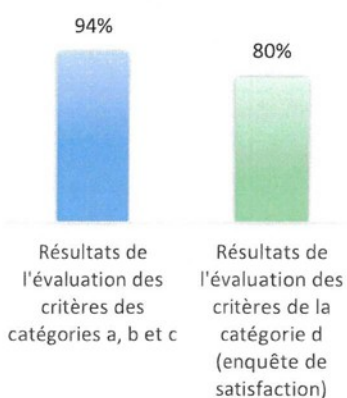
4. Repas



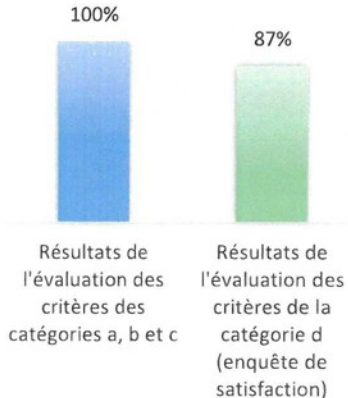
5. Soins et continuité des soins



6. Hygiène et sanitaire



7. Organisation

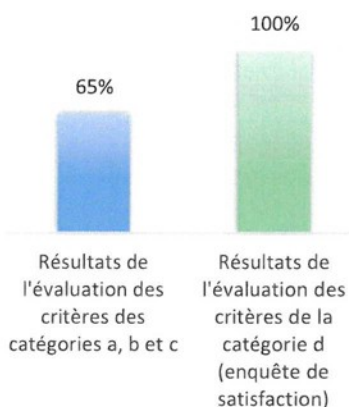


8. Infrastructure





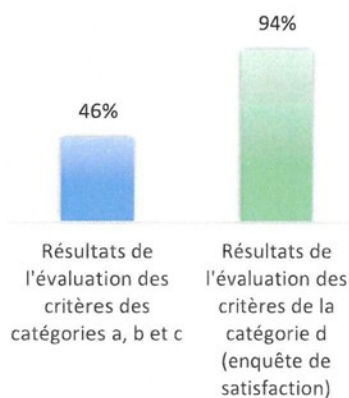
9. Sécurité



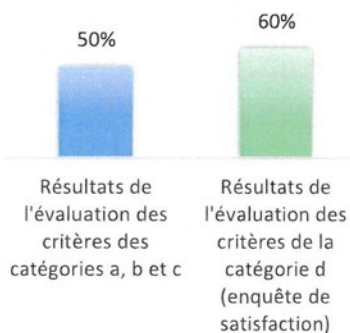
10. Ethique



11. Bientraitance



12. Gestion des réclamations



13. Dossier individuel



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

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouvel usager et d'admission a été avisée. La mise en application des deux procédures a été évaluée. Deux points de contrôle distincts ont été vérifiés pour la procédure d'admission. Ainsi, la cellule Qualité a vérifié qu'une planification des soins avait bien été mise en place endéans le délai prévu par la procédure, ce qui n'était pas le cas dans deux des trois dossiers consultés. Les agents ont également vérifié si le futur usager avait été évalué. La documentation des informations portant sur l'anamnèse, la mobilité, la cognition, le comportement ou encore l'interaction avec les usagers a été vérifiée. Pour trois des sept dossiers consultés, cette évaluation du futur usager n'était pas démontrée. Les agents de la cellule Qualité ont contrôlé les contrats des usagers dans le cadre de la vérification de la mise en application de la procédure d'admission. Parmi le panel de dix usagers, trois d'entre eux bénéficiaient



d'une co-prise en charge. 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 constats de non conformité sont par exemple l'absence de documents requis par la loi annexés au contrat, ou encore des erreurs dans les devis établis.

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 et du règlement d'ordre intérieur sur base des explications données. Ils ont indiqué, sur base des notes, être satisfaits de la compréhension et des explications du contrat obtenues, ainsi qu'au sujet du règlement d'ordre intérieur.

- « **Plan de vie individuel** » : le plan de vie individuel est au cœur de la prise en charge de l'utilisateur. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une idée globale, notamment la prise en compte d'éléments comme les mises à jour en cas de changements, l'état de santé de l'utilisateur, ses capacités cognitives, son degré de dépendance, ses volontés et préférences personnelles, la biographie, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte son plan de vie individuel. Les constats de la cellule sont les suivants : les dix plans de vie consultés étaient effectivement mis à jour et comprenaient une évaluation des activités des usagers ; neuf des dix dossiers contenaient l'information sur les allergies et les antécédents médicaux ainsi qu'une évaluation des capacités cognitives de type MMS (mini mental state examination). L'information sur le degré de dépendance a également été retracée dans tous les dossiers. La documentation des préférences alimentaires et des activités des usagers était en revanche insuffisante dans la moitié des dossiers consultés. Enfin, sept des dix plans de vie contenaient une biographie complète. Dans trois cas, la biographie a été jugée insuffisante car lacunaire (p.ex. pas d'information sur l'enfance, l'adolescence). Le personnel connaît le plan de vie individuel des usagers.

Lors des échanges avec les usagers interrogés, les agents ont demandé à ces derniers s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan de vie, si le personnel respectait ce plan de vie individuel et s'il les motivait à participer à des activités adaptées à leurs intérêts et besoins. Ils sont satisfaits voire très satisfaits pour tous ces items.

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

Le programme d'animation et de vie sociale est affiché. Le concept ou la procédure garantissant l'implication de l'utilisateur dans la vie et le développement du service existe. Lors des échanges avec les usagers notamment, il ressort que ces derniers ne connaissent pas les moyens selon lesquels ils peuvent participer à la vie et au développement du centre de jour. Quatre des neuf usagers interrogés ont indiqué qu'ils n'ont pas de possibilité de s'impliquer. Quatre autres usagers ont indiqué au contraire avoir la possibilité de faire des propositions. Le programme d'animation et de vie sociale est connu. Interrogés au sujet de leur implication dans l'établissement de la planification hebdomadaire / mensuelle des activités, les usagers sont satisfaits. Certains d'entre eux ont cependant indiqué que leurs suggestions ne sont pas mises en œuvre. Les activités ne correspondent pas complètement à leurs intérêts et besoins et ils ne sont pas entièrement satisfaits du programme des activités. Les notes moyennes, et les retours formulés n'indiquent pas d'alternatives ou d'amélioration précise que les agents pourraient transmettre. La structure devra investiguer et dialoguer avec les usagers à ce sujet. Ceci permettrait aussi de renforcer l'implication des usagers. Par ailleurs, les dispositifs pour impliquer les usagers dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale existent mais ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs auprès du public cible pour les raisons énoncées ci-avant.



- « **Repas** » : Les usagers interrogés expriment les constats suivants :

- *Implication dans l'établissement des menus de la semaine et choix des menus* : ils sont satisfaits de leur implication et entièrement satisfaits du choix entre deux menus ;
- *Horaires de prise des repas* : globalement très satisfaits. Toutefois, en cas d'arrivée tardive de l'utilisateur au centre de jour, le délai entre le service du petit déjeuner et le service du déjeuner est trop court ;
- *Variété* : globalement très satisfaits ;
- *Présentation* : entièrement satisfaits ;
- *Qualité* : entièrement satisfaits ;
- *Quantité* : entièrement satisfaits ;
- *Goût* : entièrement satisfaits ;
- *Température* : très satisfaits ;
- *Service* : très satisfaits.

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

- *Documentation des soins* : il existe une procédure écrite concernant la documentation des soins. Les agents ont évalué la fréquence et l'exhaustivité du contenu de la documentation des macrocibles de type MTVEA (abréviation des thématiques abordées : motif, traitement, vécu, entourage et autonomie). Neuf des dix dossiers consultés sont non conformes ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de la mise en application de cette procédure indique une maîtrise satisfaisante. La prestation des soins infirmiers (i.e. médicaments) conformément à la prescription médicale a été évaluée dans quatre dossiers. Dans un cas, l'utilisateur souffrait de maladie chronique nécessitant un traitement, il a été constaté l'absence d'une ordonnance en cours de validité. Un deuxième point de contrôle a été appliqué pour six autres dossiers : les agents ont vérifié que les usagers étaient effectivement attribués à un groupe de référence. Seul un dossier n'était pas conforme ;
- *Hydratation et nutrition (dont besoins spécifiques)* : l'utilisateur a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...). Le service a défini un concept de nutrition et d'hydratation ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'utilisateur à un transfert vers le milieu hospitalier, ainsi que les communications auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence en milieu hospitalier ou lors du retour de l'utilisateur, la cellule a évalué leur mise en application. Une macrocible renseignant l'hospitalisant de l'utilisateur était documentée pour les dix dossiers consultés. Le médecin traitant et les proches ont été systématiquement informés de l'hospitalisation de l'utilisateur. En revanche, la documentation portant sur l'information du retour de l'utilisateur était présente dans seulement six des dix dossiers ;
- *Concepts spécifiques (usagers atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. La cellule Qualité a vérifié que l'identité et les coordonnées de la personne de confiance étaient bien documentées dans les dossiers des personnes atteintes de démence. Cela était le cas dans neuf des dix dossiers. Les agents ont également consulté les dossiers afin de vérifier si les directives anticipées, dispositions de fin de vie ou derniers souhaits, sinon le refus de l'utilisateur étaient documentés. Cinq des dix dossiers évalués étaient conformes.



Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur la prise en compte de leurs besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques, sur la qualité des soins leur administrés, et l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Plusieurs exemples formulés par les usagers prouvent que leurs besoins spécifiques sont respectés et ils en sont entièrement satisfaits. Quatre usagers ont indiqué être suffisamment autonome et ne pas avoir de besoin en soins et se sont abstenus de répondre. Les usagers ayant attribué une note sont entièrement satisfaits de la qualité et de l'accès aux soins.

- « **Hygiène et sanitaire** » : les agents de la cellule ont vérifié la mise en application de différentes procédures, à savoir la procédure de prévention et de lutte contre les infections, la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires et du plan de nettoyage existant, détaillant les règles d'hygiène et sanitaires à respecter pour le centre de jour. Le respect des règles d'hygiène des mains (absence de vernis, port de bijoux...) a été vérifiée et les cinq contrôles auprès du personnel étaient conformes. Interrogé sur les situations requérant une hygiène des mains et sur les éléments composants la protection individuelle, le personnel a répondu de manière satisfaisante. Une réponse portant sur les situations requérant le port d'habits de protections était insuffisante. Le suivi du nettoyage du frigo et des toilettes ainsi que du dégivrage du congélateur a été présenté, aucun écart n'est noté.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du centre de jour* : très satisfaits ;
- *Hygiène des sanitaires* : très satisfaits.

- « **Organisation** » : La cellule Qualité a constaté que les éléments devant faire l'objet d'un affichage et / ou d'une communication sont conformes aux dispositions demandées dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 : l'organigramme (à jour) a bien été communiqué au personnel et aux usagers. Un plan de formation du personnel existe également.

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

- *Chargé de direction* : ils sont tous satisfaits du travail de la chargée de direction et du fonctionnement du centre de jour. Cependant, certains usagers ne se sentent pas suffisamment informés s'il y a des changements ou des événements marquants ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte* : ils en sont entièrement satisfaits, le personnel est présent et les soutient.

- « **Infrastructure** » : les usagers ont accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI, ...). Wifi, télévision, radio et un smartphone sont à disposition des usagers en cas de besoin. Plusieurs journaux quotidiens et des périodiques complètent l'offre. Les usagers ont indiqué que la qualité de ces moyens de communication à leur disposition personnelle était très satisfaisante.

Les usagers interrogés ont fait part de leur opinion sur l'entretien du centre de jour (lieux, matériel, ...). Les usagers en sont très satisfaits. Enfin, les usagers sont très satisfaits au sujet de la température au sein du centre de jour.



- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, fugue ou usager porté disparu, et l'existence d'un concept permettant à l'usager de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents de la cellule ont constaté que le processus de la gestion des chutes des usagers est partiellement maîtrisé. Le constat de chute avec le plan d'action ainsi que la transmission ciblée associée étaient documentés. La procédure prévoit en plus une évaluation de l'échelle de chute, une mise à jour de l'anamnèse et la transmission en interne de l'information. Aucune preuve de la réalisation de ces actions n'était documentée. Afin d'évaluer la mise en application de la procédure en cas de fugue d'un usager, les agents ont vérifié que le service avait procédé à une analyse du risque de fugue et ont interrogé cinq membres du personnel sur les actions à mettre en place en cas de détection d'une absence (disparition / fugue). Trois des cinq dossiers étaient conformes (les analyses de risque de fugue étaient documentées) et les réponses du personnel étaient toutes satisfaisantes. La procédure de la circulation sécurisée est bien appliquée : le personnel portait le badge nominatif et les aides techniques sont effectivement répertoriées.

Le personnel a également été interrogé pour évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention. Neuf des dix réponses du personnel étaient satisfaisantes quant aux consignes en cas d'activation des sirènes incendie ou au chargé d'évacuation s'il y a absence de flammes ou de fumées.

Les usagers interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel à leurs appels d'urgence. Ils ont estimé que la réaction est tout à fait appropriée et en sont entièrement satisfaits.

- « **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 a été communiquée et un affichage au centre de jour est réalisé.

En parallèle, les agents ont demandé aux usagers interrogés s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : huit des neuf usagers ont indiqué ne pas avoir de connaissance du comité et par conséquent se sont abstenus d'attribuer des points.

- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'usager à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'usager, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. Les constats de la cellule sont les suivants : trois des cinq membres du personnel sélectionnés ont bien suivi la formation GDPR (concernant la protection des données) ou la formation portant sur les valeurs de HELP, et cinq autres ont suivi la formation au sujet de la bientraitance. Le personnel a également été interrogé sur la démarche à adopter en cas de situation de maltraitance (observée ou en cas de suspicion) et sur les possibilités de faire remonter une information anonymement. Cinq des dix réponses étaient satisfaisantes. Quatre écarts de connaissance relevés portaient sur la remontée anonyme d'information.

Les usagers interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur vie privée, de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté ainsi que sur le respect 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 les usagers sont entièrement satisfaits du respect de leur vie privée, de la dignité et de l'intimité, et du comportement respectueux du personnel ainsi que de l'écoute des proches. Ils sont très satisfaits de l'écoute qu'ils reçoivent et du respect de leur volonté.



- « **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. Une communication systématique aux usagers n'a pas pu être démontrée. La procédure est très bien appliquée, la documentation des réclamations est réalisée, avec une analyse et une décision au sujet des actions correctives à mener.

Les agents de la cellule ont demandé aux usagers leur opinion concernant la procédure de réclamation : ils en sont satisfaits. La majorité des usagers a indiqué ne pas avoir été en situation de déposer une réclamation. Pour ceux ayant manifesté leur mécontentement, la suite accordée à leur réclamation n'a pas toujours apporté satisfaction.

- « **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 relatifs aux informations du médecin traitant sont présents dans neuf des dix dossiers consultés.



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 :

- les usagers qui fréquentent le centre de jour habitent sur une vaste zone géographique. Malgré un temps de trajet parfois important, ils le fréquentent de manière régulière. Le service permet à ces usagers d'avoir accès à un encadrement en activités et soins ainsi qu'à des contacts sociaux dont, le cas échéant, ils ne pourront pas nécessairement bénéficier. Lors de l'enquête de satisfaction, un second point de satisfaction est ressorti : les usagers apprécient beaucoup que le prestataire tienne compte de leur situation personnelle et se montre très flexible dans l'organisation ;
- certains ont obtenu la note maximale lors de l'enquête de satisfaction, c'est le cas notamment pour les soins et la continuité des soins ainsi que la sécurité. Les usagers ayant communiqué un besoin en nutrition ou en hydratation spécifique, le voient respecté. L'accès ainsi que la prestation des soins sont très satisfaisants. En cas de nécessité, le personnel est jugé très réactif. Les usagers saluent le comportement très respectueux du personnel, le respect de la dignité et de l'intimité ainsi que le temps consacré aux conversations et le maintien d'un échange étroit avec les proches.

Axes de progrès :

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

- plusieurs écarts ont été relevés dans la mise en œuvre du processus d'admission et d'accueil, dont la mise en place tardive des plans de soins individuels. Il s'agit d'un outil qui offre une approche structurée au personnel pour la planification des soins et évaluer l'état de santé de l'utilisateur. En général, la gestion des plans de soins est un processus dynamique. Après une première élaboration, il est ensuite adapté en continu aux besoins de l'utilisateur. Instaurer le plan de soins le plus rapidement possible est bénéfique à la fois pour l'utilisateur et pour le personnel. L'évaluation systématique du futur utilisateur n'a pas pu être démontrée et le schéma, défini par le service pour assurer la transmission de l'information, n'était pas respecté. Sensibiliser, par exemple, le personnel à la documentation attendue (schéma MTVEA), consisterait une piste d'amélioration possible.
En dernier lieu, une revue des contrats est indiquée, afin de rendre la formulation sur les documents annexés plus explicite pour les usagers et se conformer aux exigences de la loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées. Malgré les bonnes notes attribuées au sujet des explications du règlement d'ordre intérieur, quelques commentaires des usagers indiquent une amélioration possible à ce sujet ;



- la documentation sous forme de macrocible MTVEA par le personnel du centre de jour est lacunaire et la fréquence définie n'est pas respectée. La mise en place d'un nouvel outil semble améliorer les pratiques, mais l'impact sur le respect des fréquences de documentation pourra être mieux évalué avec une période de recul plus importante ;
- systématiser le recueil des informations sur les directives anticipées ou dispositions de fin de vie, par exemple, sinon leur refus par l'utilisateur, permettront une meilleure prise en charge des usagers en situation de fin de vie et complèteront la documentation avec un niveau de détail plus élevé. Cet axe d'amélioration (recueil systématique et plus détaillé des informations) s'applique aussi aux volontés et préférences ainsi qu'aux biographies dans le cadre du plan de vie individuel. Le service pourrait, par exemple, définir des attentes ou un contenu minimal afin d'homogénéiser le niveau de documentation à respecter par le personnel ;
- l'analyse complète du processus de gestion des chutes démontre que la procédure n'est pas maîtrisée dans son intégralité. La réalisation d'une échelle de chute à la suite de l'incident ou encore la mise à jour de l'anamnèse, par exemple, n'étaient pas réalisées à la suite d'un événement. La transmission de l'information à l'ergothérapeute, pour que celle-ci puisse adapter le programme avec des exercices de motricité afin de prévenir une chute future, n'était pas démontrée. La procédure est toutefois complète, et son respect assure une documentation exhaustive, un flux d'information approprié ainsi qu'une évaluation complète de la personne ayant chuté. Il appartient au service d'en assurer la maîtrise.

1.3. Programme de remédiation

Bien que l'organisme gestionnaire doive mettre en place un programme de remédiation, la situation est encourageante à bien des égards. Le niveau de satisfaction des usagers est élevé, avec un résultat de 84 %. La prise en charge est individualisée et tient compte du plan de vie individuel des usagers, et ils sont satisfaits de l'accès et de la prestation des soins. Un constat contrasté ressort aussi pour le domaine de la participation, animation et vie sociale. Les usagers sont satisfaits de leur implication dans l'élaboration du programme d'animation et des menus de la semaine. Mais la cellule constate un déséquilibre avec le constat précité, par la mise en évidence d'un faible niveau de connaissance des moyens à leur disposition pour s'impliquer dans la vie et le développement du centre de jour. L'impact perçu sur le programme d'animation finalement mis en œuvre explique la satisfaction relative des usagers à ce sujet. Répondre à ce manque de connaissance pourrait améliorer sensiblement la satisfaction des usagers sur le programme d'animation, en permettant à chacun de s'exprimer et en prenant en compte les remarques des usagers.

Les écarts relevés pour le domaine de la bientraitance révèlent un manque de connaissance sur la thématique de la gestion du flux d'information en cas de situation de maltraitance, et une formation incomplète du personnel. Le service n'a pas pu démontrer la communication de la procédure de la gestion des réclamations aux usagers. Ces trois points peuvent être aisément corrigés par le service.



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	26 / 46	Insuffisante
Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	12 / 17	Satisfaisante
<i>Participation, animation et vie sociale</i>	10 / 15	Insuffisante
<i>Repas</i>	2 / 2	Excellente
Mise en œuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel	84 / 123	Insuffisante
Enquête de satisfaction auprès des usagers	169 / 200	Bien

Les catégories suivantes ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

- Catégorie a) Admission et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel
- Catégorie c) Mise en œuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier 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 31.03.2026

Rédacteur : Georges BARTHELEMY - 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 : HELP- Service des aides et soins de la Croix-Rouge luxembourgeoise a.s.b.l.

Service évalué : Centre de jour Uelzechtdall PA/11/04/055

Date de l'évaluation : 09/02/2026

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) ?	

Date et signature :

18.04.2026

help

croix-rouge
luxembourgeoise
München helfen

Stefanie Hochgurtel
chargée de direction
Centre de jour Lorentzweiler
3, Place Ferdinand Dostert
L-7873 Lorentzweiler

Tél. : 2755 - 3310 - GSM : (+352) 621 695 835