



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	04/11/2025 (Interviews entre le 03/11/2025 et le 13/11/2025)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Luxembourg Alzheimer A.S.B.L.
Adresse	45, rue Nicolas Hein L-1721 LUXEMBOURG
Nom du Service	ALA Plus
Adresse	145, route de Thionville L-2611 LUXEMBOURG
Numéro agrément en vigueur	PA/17/11/015
Agents ayant réalisé l'évaluation	Laura MUCK Luana BUSO Sandy RAACH Liliane GOMES Nuri LEIRO Mélissa BANREZES

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 usagers 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.

41 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 6 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	5/5	Admission et accueil	
RAS-A3	Le plan individuel de prise en charge tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A4	Le plan individuel de prise en charge tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur*	4/5	Plan individuel de prise en charge	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur*	3/5	Plan individuel de prise en charge	2 modalités de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
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	5/5	Admission et accueil	
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	6 modalités 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	5/5	Plan individuel de prise en charge	
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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	5/5	Organisation	
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	0/5	Soins et continuité des soins	7 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	5/5	Sécurité	
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	4/5	Sécurité	1 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'usager**	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'usager	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'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'usager	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	4/5	Bienveillance	1 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	4/5	Hygiène et sanitaire	1 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	5/5	Hygiène et sanitaire	
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	10 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	10 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	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-C16	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 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	5/5	Éthique	
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	4/5	Gestion des réclamations	1 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	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du projet d'établissement suite aux explications données***	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (2 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge*	5/5	Plan individuel de prise en charge	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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 6 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	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
RAS-D9	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
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 de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D14	Le personnel respecte le caractère privé du domicile de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D15	Le personnel réagit en temps utile aux appels de l'utilisateur	5/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D16	Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	4/5	Organisation	
RAS-D17	L'utilisateur est satisfait des horaires convenus pour sa prise en charge	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
RAS-D20	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 1 non applicable(s))
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	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 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 »

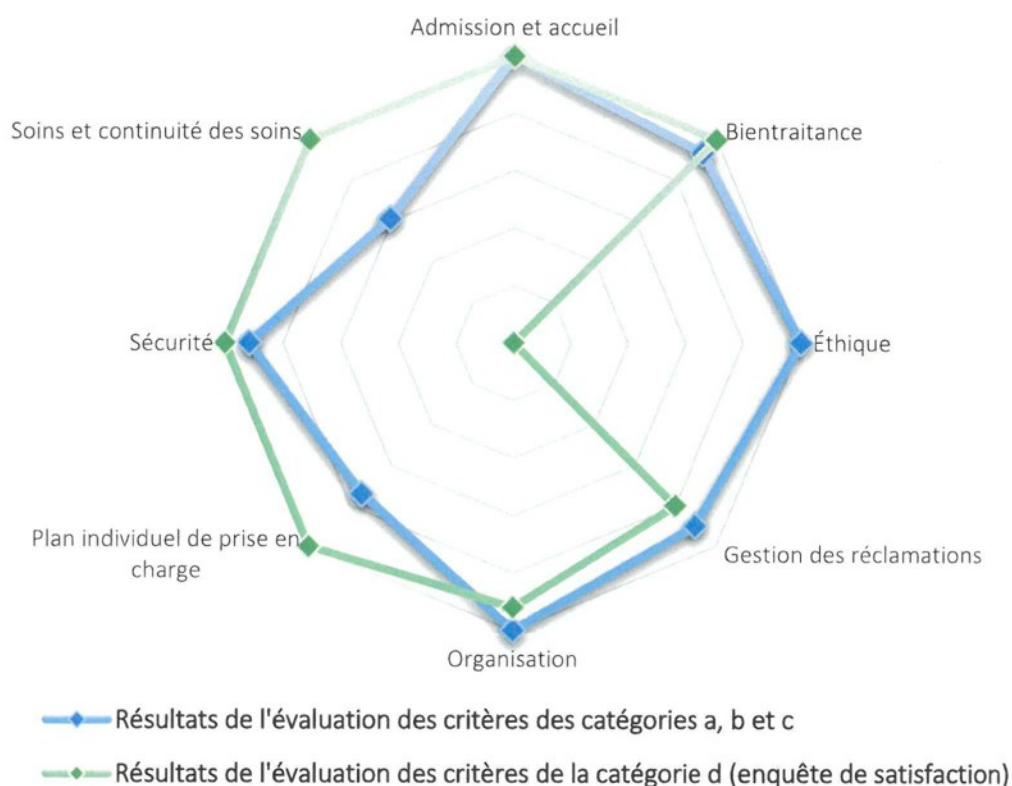


1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

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.

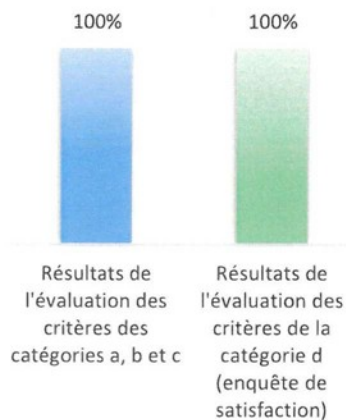
Aucun critère portant sur les domaines « dossier individuel » et « hygiène et sanitaire » ne fait l'objet d'une évaluation par l'utilisateur. Par conséquent, ils n'apparaissent pas sur le graphique ci-dessous (car il permet la comparaison entre l'opinion des usagers et les constats de la cellule Qualité).



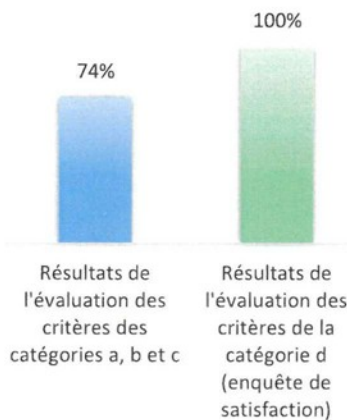
La cellule Qualité observe constate un niveau de satisfaction très élevé de la part des usagers, bien qu'il y ait quelques disparités avec les observations et les constats réalisés par les agents de la cellule Qualité, sur base de l'évaluation de la mise en application des concepts et des procédures. L'analyse détaillée ci-dessous permettra d'apporter des éléments d'explication à ces écarts.



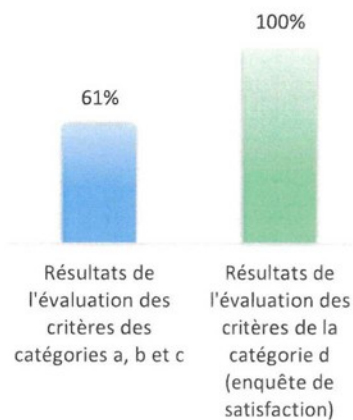
1. Admission et accueil



2. Plan individuel de prise charge



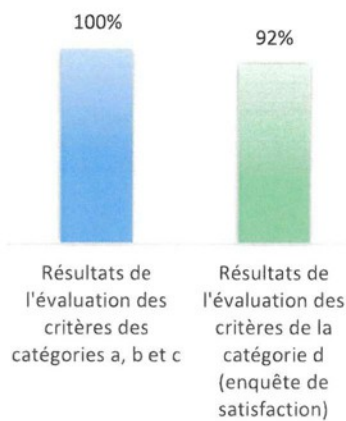
3. Soins et continuité des soins



4. Hygiène et sanitaire

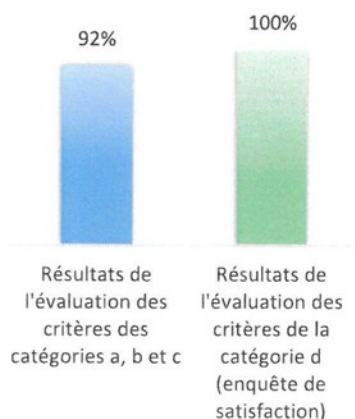


5. Organisation





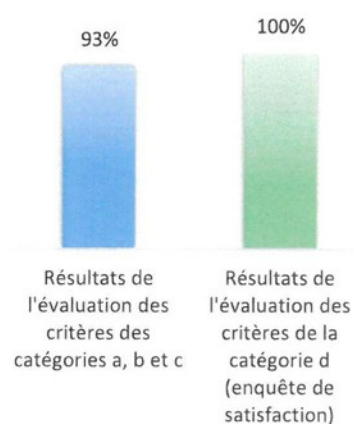
6. Sécurité



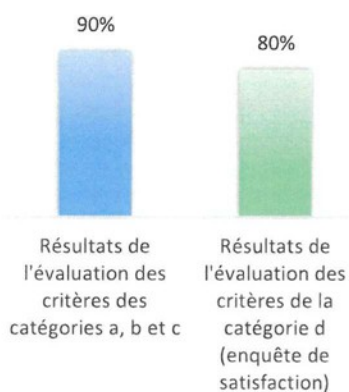
7. Ethique



8. Bientraitance



9. Gestion des réclamations



10. Dossier individuel





Les informations qui ressortent de l'analyse des interviews comparativement aux données de l'évaluation menée sur base des documents, procédures et autres concepts 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 contrats de prise en charge évalués sont conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Lors des entretiens avec les usagers, les agents ont demandé si l'usager (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat de prise en charge ainsi que le devis, et le contenu du projet d'établissement, sur base des explications données. De manière générale, les résultats sont satisfaisants. Les échanges avec les usagers qui ont souhaité s'exprimer sur ce sujet ont confirmé une bonne compréhension de ces éléments.

- « **Plan individuel de prise en charge** » : le plan individuel est l'élément central de la prise en charge de l'usager. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une image globale. Ils ont vérifié l'existence d'une procédure écrite de mise à jour du plan individuel de prise en charge ainsi que sa mise en application. Dans les dossiers contrôlés, les plans de soins ont bien été réévalués, mais selon une fréquence différente de celle prévue trimestriellement, qui n'a pas été respectée de manière systématique, ce qui a conduit à une perte de points. Ces écarts constatés s'expliquent en partie par la phase de transition en cours, durant laquelle les données sont progressivement migrées de l'ancien logiciel de documentation des soins vers la nouvelle solution. Ce processus n'a pas encore atteint sa stabilité finale. Depuis l'implémentation du nouveau logiciel, le processus de suivi des fréquences de réévaluation a été automatisé : une alerte s'affiche à l'écran dès qu'un retard est détecté par le système. En complément, un tableau de bord est désormais disponible, offrant un niveau de contrôle supplémentaire afin de s'assurer qu'aucune réévaluation ne soit omise. La cellule estime qu'avec la stabilisation de la documentation et la maturation de ces nouvelles pratiques, ces écarts ponctuels ne devraient plus faire l'objet de constats lors de la prochaine évaluation.

Ensuite, la cellule a procédé à une analyse de dossiers pour évaluer notamment la prise en compte d'éléments comme les capacités cognitives de l'usager, son degré de dépendance, la prise en compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'usager ou des dispositions de fin de vie, ou encore ses volontés et préférences personnelles, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'usager connaît et respecte son plan de vie individuel. Les constats de la cellule sont les suivants : dans l'ensemble, l'évaluation de ces critères est très satisfaisante, avec une documentation suffisamment détaillée. L'équipe accorde une place importante aux familles dans l'élaboration et la mise à jour du dossier, ce qui se traduit par des échanges réguliers et structurés autour des différentes dimensions du plan individuel de prise en charge. À titre d'exemples, les familles participent à l'établissement de la biographie de l'usager, à la description de ses habitudes de vie, ainsi qu'à l'expression de ses préférences en matière de fin de vie. Cette collaboration permet de recueillir des informations essentielles qui ne peuvent pas toujours être obtenues directement auprès de l'usager.



Cette pratique est notamment liée au profil du public accueilli, majoritairement composé de personnes présentant une situation de démence, pour lesquelles l'apport des proches constitue une source d'information indispensable. En dépit de ces éléments positifs, l'absence de certaines informations, notamment celles relatives aux préférences concernant les horaires de passage, constatée dans quelques dossiers de l'échantillonnage, a conduit à un retrait ponctuel de points. 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 ont exprimé un haut niveau de satisfaction à ce sujet et ont indiqué se sentir pleinement impliqués dans ce volet de leur suivi.

- « **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 montre que la documentation des soins de plaies est particulièrement bien tenue, incluant notamment un suivi photographique permettant de visualiser l'évolution des lésions ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de la mise en application de cette procédure indique un suivi très satisfaisant. Le contrôle des traitements et des changements médicamenteux a confirmé un suivi correct et une bonne cohérence avec les procédures en place ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'usager à un transfert vers le/ au retour du milieu hospitalier, la cellule a évalué la mise en application de cette procédure. Elle a également examiné les dispositions relatives à la communication avec les proches et avec le médecin traitant en cas de transfert en urgence vers l'hôpital ou lors du retour de l'usager. L'analyse de la documentation liée aux hospitalisations met en évidence un suivi de grande qualité auprès des familles, celles-ci étant systématiquement informées et régulièrement tenues au courant de l'évolution de la situation, y compris durant la période d'hospitalisation. En revanche, l'information destinée au médecin traitant – tant lors du transfert que lors du retour – n'est pas tracée de manière systématique, ce qui a conduit à un retrait de points ponctuel malgré la qualité du suivi assuré auprès des proches ;
- *Concepts spécifiques (résidents atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. La vérification de leur mise en application est très satisfaisante. Le gestionnaire est spécialisé dans l'accompagnement des usagers atteints de démence, ce qui se traduit par une documentation complète et cohérente. Le personnel s'est également montré pleinement compétent lors des échanges, répondant de manière précise et appropriée aux questions des agents de la cellule, confirmant ainsi une bonne appropriation des concepts et de leur mise en pratique sur le terrain.

Les usagers interrogés ont unanimement exprimé leur satisfaction quant à la qualité des soins qui leur sont prodigués et à l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Ils ont également souligné la compétence du personnel et la qualité des prestations réalisées.



- « **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 concerné a suivi les formations nécessaires, contribuant à une bonne connaissance des pratiques de sécurité et d'hygiène. Un seul écart ponctuel lié au port d'un bijou a été relevé lors de l'évaluation. Ceci a entraîné un retrait ponctuel de points, sans remettre en cause la conformité globale aux procédures.

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, les informations ont pu être retrouvées à la fois sur le site internet du prestataire et dans le classeur d'accueil remis à chaque usager, confirmant leur accessibilité pour les usagers comme pour le personnel. Un plan de formation du personnel existe également. Il existe une procédure d'annulation d'un passage et une procédure en cas de retard pour un passage, leur mise en application a été évaluée au moyen d'entretiens avec plusieurs membres du personnel, au cours desquels le contenu de ces procédures a été questionné. Aucun écart n'a été constaté, l'ensemble des répondants ayant apporté des réponses adéquates et conformes aux attentes des évaluateurs. L'analyse globale de ces éléments est très satisfaisante.

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

- *Respect et satisfaction des horaires convenus*: très satisfaits. Les usagers se disent satisfaits d'avoir pu être impliqués dans la planification des horaires de passage et rapportent également être prévenus en cas de retard, le réseau restant généralement ponctuel ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire* : très satisfait, les usagers ont notamment souligné l'importance de pouvoir contacter la structure à tout moment de la journée, en étant assurés qu'une réponse ou une intervention pourra être organisée si nécessaire ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile* : très satisfaits. Les usagers ont exprimé leur appréciation quant à l'aide apportée lors de leurs déplacements, en soulignant que le personnel est toujours disponible et prêt à intervenir en cas de besoin ;
- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'usager* : très satisfaits.

« **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.

Concernant les accidents, la vérification a notamment porté sur l'évaluation systématique du risque de chute, réalisée tous les six mois, qui a été correctement documentée dans les dossiers examinés.

Pour les situations d'usager porté disparu, le personnel interrogé a démontré une bonne connaissance des mesures à appliquer. Les échanges ont abordé la manière d'organiser les recherches en tenant compte de la biographie et des habitudes de vie de l'usager, le contact avec les proches pour obtenir des informations ou alerter, ainsi que la coordination avec les autorités compétentes. Une question complémentaire, portant sur le numéro à contacter pour joindre la police, a également été posée pour vérifier la maîtrise opérationnelle de la procédure. Les réponses fournies ont été jugées adéquates et conformes aux attentes. Les usagers interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel en temps utile à leurs appels. Ils ont indiqué être très satisfaits : en cas d'appel d'urgence, le réseau est réactif et rapidement sur place.



- « **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.

En parallèle, les agents ont interrogé les usagers afin de savoir s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : les usagers n'ont pas souhaité se prononcer sur la question. Bien que l'information leur ait été transmise, les usagers ont indiqué manquer d'explications suffisantes pour pouvoir se positionner.

- « **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 de ces principes précités a été vérifiée. Les agents ont également vérifié la présence de documents formalisant l'accord des usagers pour certaines prises d'images ou enregistrements, garantissant ainsi le respect de leur vie privée. Le personnel a été questionné sur la thématique de la bientraitance et sur les formations suivies à ce sujet. L'ensemble de ces vérifications montre que les résultats sont très satisfaisants, tant pour la documentation que pour la connaissance et la pratique du personnel.

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 leur vie privée ainsi que sur le respect en général du personnel à leur égard. Les agents souhaitaient aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à l'écoute de leurs proches. Il en ressort que les usagers sont très satisfaits du personnel, qu'ils estiment être respectueux et à l'écoute.

- « **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. Les agents de la cellule ont vérifié que les réclamations font l'objet d'un suivi approprié par la direction. Les situations sont effectivement examinées afin d'assurer un traitement cohérent et rigoureux, avec une réponse apportée aux réclamants et une évaluation de leur satisfaction.

Les agents de la cellule ont également recueilli l'avis des usagers concernant la procédure de réclamation. Les retours exprimés sont parfaitement cohérents avec ce qui a été observé : les usagers se disent majoritairement très satisfaits de la manière dont leurs réclamations sont prises en charge, traitées et résolues par le réseau.

- « **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 correctement appliqués. Bien que le réseau soit actuellement en phase de transition vers le nouveau logiciel, la documentation semble intégrée dans les pratiques quotidiennes, assurant que les informations pertinentes sur chaque utilisateur sont consignées de manière systématique et accessibles à l'ensemble du personnel. Le nouveau logiciel permet de consigner un volume beaucoup plus important d'informations, tout en restant lisible, et ses automatisations contribuent au respect des fréquences prévues.



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 :

- La procédure d'admission est très robuste et détaillée, avec un dossier informatique qui recense tous les fichiers et informations collectés, indique clairement l'endroit où ils doivent être sauvegardés. Un classeur d'admission est remis à chaque usager, lui permettant d'accéder facilement à diverses informations. L'accent est également mis sur le travail biographique, qui reste en cours de finalisation en raison de la transition vers le nouveau logiciel.

- Une large variété de services est proposée, incluant un service social et de coordination, un service psychologique, un service thérapeutique, des cours pour les proches sur les maladies neurodégénératives, un groupe de soutien pour les personnes au début d'une maladie neurodégénérative, un groupe de parole, ainsi qu'une helpline disponible 24h/24 et 7j/7. Ces services permettent également d'accompagner et de soutenir les familles. Par ailleurs, le personnel démontre une très bonne connaissance des usagers, ce qui contribue à un suivi personnalisé et adapté à leurs besoins.

Un groupe de travail spécifique sur l'hygiène et les médicaments soutient la mise en application des pratiques liées à l'hygiène et aux soins. Le gestionnaire dispose également de professionnels spécialisés dans le domaine des addictions. Ces référents peuvent être contactés pour toute question liée à ce sujet, apporter des conseils aux équipes et participer aux commissions de crise lorsque nécessaire.

Axes de progrès :

L'étude documentaire et les vérifications sur le terrain dégage une principale piste de complétude / amélioration :

- La documentation relative à l'information des médecins traitants en lien avec les hospitalisations n'est pas toujours complète. Si le suivi auprès des familles est systématique et de grande qualité, la traçabilité de la communication avec les médecins pourrait être renforcée afin d'assurer une documentation globale des échanges.



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	28 / 31	Excellente
Fourniture des prestations et services	48 / 59	Bien
Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel	54 / 69	Satisfaisante
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	97 / 100	Excellente

Aucune catégorie n'ayant reçu l'appréciation « insuffisante », l'organisme gestionnaire ne doit soumettre aucun programme de remédiation, conformément à 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 : Nuri LEIRO - Evalueur Qualité

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

Laura MUCK
Attaché



Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

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

Organisme gestionnaire : Association Luxembourg Alzheimer A.S.B.L.

Service évalué : ALA Plus (agrément PA/17/11/015)

Date de l'évaluation : 04/11/2025

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) ?	
RAS C12/C14 Hospitalisation	Soins et continuité des soins	Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la fluidité des échanges entre les médecins traitants, les établissements hospitaliers et l'ensemble des acteurs du système de soins, une orientation stratégique fondée sur le nouveau Dossier de Soins Partagé (DSP) est progressivement déployée, en cohérence avec l'avancement de ce programme à l'échelle nationale.

		Cette orientation se traduit par l'intégration progressive de cette approche au sein de la solution logicielle, notamment à travers la mise en œuvre d'une interconnexion structurée et sécurisée avec le DSP, conformément aux cadres organisationnels, réglementaires et techniques en vigueur, ainsi qu'aux évolutions fonctionnelles du dispositif.
--	--	--

Date et signature : 6 janvier 2026



Marc Schaefer
Président