



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	05/05/2026 (Interviews entre le 13/04/2026 et le 16/04/2026)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung
Adresse	47, rue de Luxembourg L-7540 Rollingen
Nom du Service	Motum - de mobile Fleegeedëngscht vun der FLB
Adresse	47, rue de Luxembourg L-7540 Rollingen
Numéro agrément en vigueur	PA/21/11/019
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Sandy RAACH Liliane GOMES 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 de l'utilisateur ainsi que l'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur ;

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

3° La mise en œuvre du projet d'établissement défini à l'article 24 ainsi que l'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.

39 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 10 personnes ont répondu au questionnaire.

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

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



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

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

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

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

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



1. Présentation des résultats et analyse détaillée

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

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

Cas particuliers

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

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

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

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

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



1.1. Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
a) Catégorie : Admission 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*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A6	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan individuel de prise en charge de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A7	Existence d'un contrat de prise en charge signé à jour	0/5	Admission et accueil	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
b) Catégorie : Fourniture des prestations et services				
RAS-B1	Existence d'une procédure écrite de la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	1/1	Plan individuel de prise en charge	
RAS-B2	Le personnel applique la procédure écrite concernant la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	1/5	Plan individuel de prise en charge	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B3	Le cas échéant, le plan individuel de prise en charge tient compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie	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	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B6	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B7	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	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-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	5/5	Soins et continuité des soins	
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	2/5	Sécurité	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B16	Existence d'une procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	1/1	Sécurité	
RAS-B17	Le personnel applique la procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	5/5	Sécurité	
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'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C7	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'usager, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'usager	5/5	Bienveillance	
RAS-C8	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	5/5	Hygiène et sanitaire	



RAS-C9	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	0/5	Hygiène et sanitaire	10 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C10	Existence d'un concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C11	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C12	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	2/5	Soins et continuité des soins	3 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	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-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	0/5	Soins et continuité des soins	6 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 bientraitance	5/5	Bientraitance	
RAS-C18	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux usagers, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	0/5	Éthique	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C19	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'utilisateur, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	0/5	Gestion des réclamations	10 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C20	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	5/5	Gestion des réclamations	
RAS-C21	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	

d) Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement

RAS-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat de prise en charge et le devis suite aux explications données	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
RAS-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du projet d'établissement suite aux explications données***	3/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))



RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge*	3/5	Plan individuel de prise en charge	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 2 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	5/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 9 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 10 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	3/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D9	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
RAS-D10	Le personnel est respectueux envers les usagers	5/5	Bienveillance	
RAS-D11	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D12	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D13	Le personnel respecte la volonté du de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
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	4/5	Sécurité	
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	5/5	Organisation	
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	4/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
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	
RAS-D21	L'utilisateur et le cas échéant son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aide et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 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 »

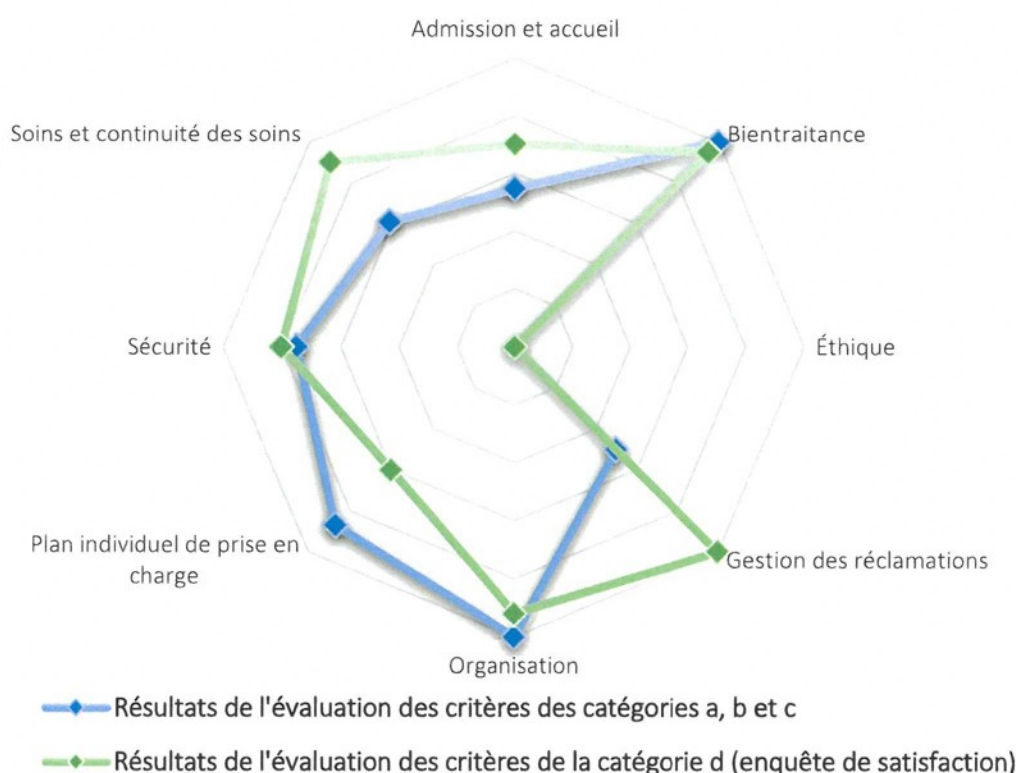


1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

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).



L'analyse des dossiers de prise en charge met en évidence une progression nette et encourageante de la qualité globale des pratiques. Les écarts ponctuels relevés sur certains critères d'évaluation n'altèrent pas la qualité de la prise en charge proposée aux usagers, ceux-ci étant principalement liés à des aspects de formalisation et de conformité documentaire.

À la suite des changements intervenus au niveau de l'encadrement, une amélioration significative est constatée : la documentation apparaît désormais plus complète, qualitative et régulièrement mise à jour. Ces avancées nécessitent toutefois d'être consolidées dans la durée, notamment par le renforcement des pratiques et la formation des collaborateurs. Par ailleurs, l'élaboration de nouvelles procédures et l'actualisation de documents existants contribuent à une meilleure harmonisation des pratiques ainsi qu'à leur pérennisation au sein du service.



Dans le cadre de la démarche qualité, une enquête de satisfaction menée auprès de dix usagers met en évidence une concordance globale entre les pratiques documentées et l'expérience vécue par les usagers. De légers écarts subsistent toutefois dans les domaines des soins, de la continuité des soins et du plan individuel de prise en charge. Un écart plus marqué est observé en matière de gestion des réclamations, davantage lié à un déficit de communication auprès des usagers qu'à l'absence de pratiques effectives.



1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel de prise charge



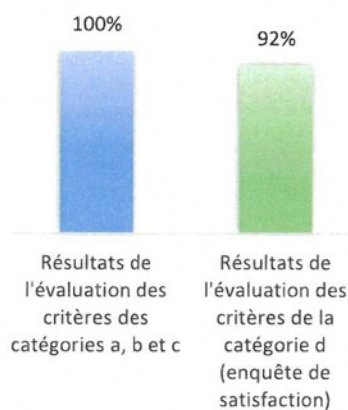
3. Soins et continuité des soins



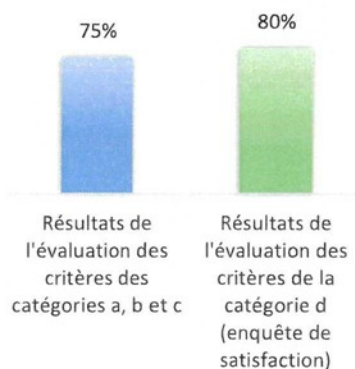
4. Hygiène et sanitaire



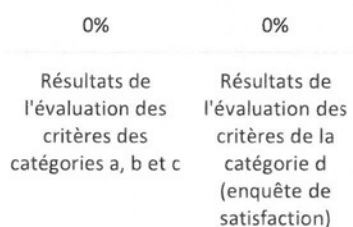
5. Organisation



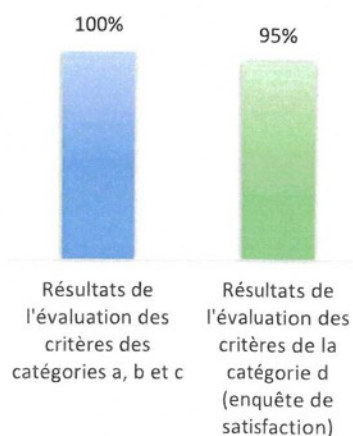
6. Sécurité

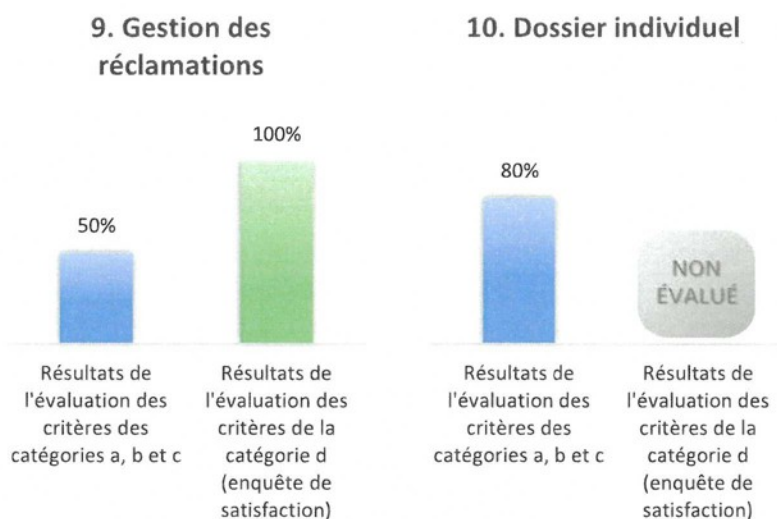


7. Ethique



8. Bienveillance





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

- « **Admission et accueil** » : concernant cette thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence d'une procédure écrite d'admission du nouvel usager a été constatée.

La mise en application de cette procédure a été évaluée : la documentation est partiellement conforme. Une première anamnèse ainsi que les informations médicales sont recueillies et documentées. Les aides à mettre en place sont définies dès l'admission, puis appliquées par la suite. Toutefois, il convient de noter un écart par rapport à la procédure interne, qui prévoit un délai de quatre semaines pour la réalisation de la première démarche de soins. Lors de la vérification de cinq dossiers, ce délai n'a pas été respecté dans quatre cas. De plus, si une démarche de soins a finalement été réalisée dans l'ensemble des dossiers concernés, celle-ci apparaît seulement partiellement complétée dans deux dossiers. Les contrats de prise en charge ne sont pas conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023. À six reprises, sur l'échantillon de dix dossiers, il a été constaté que le projet d'établissement était absent et non mentionné en annexe. Lors des entretiens, plusieurs usagers ont indiqué ne plus se souvenir du contenu du contrat de prise en charge ni des explications reçues concernant le règlement. Les retours relatifs aux informations fournies apparaissent variables : certains les jugent suffisantes, tandis que d'autres souhaiteraient davantage de précisions. Une compréhension inégale du règlement et du fonctionnement du service de soins à domicile a également été relevée.

Par ailleurs, certains usagers n'identifient pas clairement le réseau de soins à domicile comme leur prestataire principal. Cette situation s'explique notamment par le fait que la maison de soins, les logements encadrés et le réseau de soins à domicile sont situés sur un même site, ce qui peut générer une confusion quant à l'entité responsable de la prise en charge. Bien que des actions de communication et d'explication soient régulièrement mises en place, les usagers continuent de rapporter un manque de clarté sur ce point.



- « **Plan individuel de prise en charge** » : le plan individuel constitue l'élément central de la prise en charge de l'utilisateur. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments afin d'en avoir une vision globale. Ils ont vérifié l'existence d'une procédure écrite relative à la mise à jour du plan individuel de prise en charge, puis sa mise en application. Ils ont ensuite procédé à une analyse de dossiers afin d'évaluer notamment la prise en compte des capacités cognitives de l'utilisateur, de son degré de dépendance, du carnet de soins palliatifs, des directives anticipées ou des dispositions de fin de vie, ainsi que de ses volontés et préférences personnelles. L'analyse a également porté sur la manière dont le personnel d'encadrement connaît et respecte le plan de vie individuel de l'utilisateur. Les constats de la cellule sont les suivants : l'examen des dossiers a permis de relever que, dans quatre des cinq dossiers concernés, la démarche de soins avait été réalisée une seule fois dans les délais prévus par la procédure en vigueur. Par ailleurs, la présence et l'exhaustivité de la démarche de soins ont été vérifiées dans cinq autres dossiers, ces éléments se révélant conformes dans l'ensemble des situations examinées. Une attention particulière est accordée à l'évaluation des fonctions cognitives. Au-delà de la réalisation du test MMS, une analyse des résultats ainsi qu'une réflexion relative à la mémoire et aux capacités de concentration de l'utilisateur sont systématiquement documentées. L'exploitation des données issues de l'échelle MMS apparaît approfondie et pertinente. Les aides techniques, prothèses et orthèses sont renseignées dans les dossiers consultés. Les interventions réalisées par les professionnels de kinésithérapie et d'ergothérapie font également l'objet d'une traçabilité adéquate. Une amélioration notable de la qualité de la documentation est observée. Celle-ci apparaît plus détaillée et qualitative, bien que son niveau de complétude ne soit pas encore atteint de manière totalement homogène et régulière. Les actes réalisés ainsi que les éventuels refus de soins ou d'intervention sont tracés quotidiennement. Dans l'ensemble des dix dossiers consultés, il est mentionné soit la présence de directives anticipées, soit la tenue d'un échange avec l'utilisateur à ce sujet. Les souhaits de fin de vie sont également documentés. Les habitudes de vie et les préférences alimentaires des utilisateurs sont correctement renseignées. Des notes récentes, datant de 2026, ainsi que des évaluations antérieures réalisées environ six mois auparavant, ont été retrouvées dans les dossiers. À ce stade, le suivi régulier de ces informations par l'équipe est en cours de structuration et pourrait encore être renforcé afin d'en garantir une utilisation optimale. Par ailleurs, l'appropriation des différentes fonctionnalités du logiciel se poursuit progressivement, laissant entrevoir un potentiel supplémentaire d'exploitation de l'outil au service de la qualité du suivi et de la documentation. Enfin, la responsable des soins démontre une bonne connaissance de la clientèle accompagnée. Les informations communiquées lors des entretiens sont cohérentes avec les éléments relevés dans la documentation consultée. Lors des échanges avec les utilisateurs interrogés, les agents ont évalué leur niveau d'implication dans l'établissement de leur plan individuel de prise en charge. Les résultats mettent en évidence des perceptions variées : un utilisateur n'a pas été en mesure de répondre, la question n'ayant pas été comprise, et deux autres ont préféré ne pas se prononcer, estimant ne pas être concernés. Parmi les répondants, cinq utilisateurs se déclarent satisfaits de leur implication et considèrent avoir participé à l'élaboration de leur plan de vie individuel. Deux utilisateurs expriment toutefois le souhait d'être davantage associés à cette démarche, mettant en évidence une piste d'amélioration en matière de participation et de co-construction des projets personnalisés.



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

- *Documentation de soins* : il existe une procédure écrite relative à la documentation des soins. L'évaluation de sa mise en application a mis en évidence plusieurs non-conformités. Lors du contrôle portant sur la documentation quotidienne des pansements, incluant la prise de photographies et la prise de mesures hebdomadaire, un dossier s'est révélé non conforme en raison de l'absence d'une ordonnance actualisée. Par ailleurs, parmi les cinq dossiers consultés afin de vérifier la concordance entre la préparation, l'administration et l'ordonnance en cours, trois présentaient des non conformités ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite relative à la continuité des soins. L'évaluation de sa mise en application montre que les activités d'appui à l'indépendance sont, dans la majorité des dossiers examinés, évaluées de manière régulière et rigoureusement documentées. Ces évaluations présentent une structure constante (objectifs, description, évaluation), et les interventions ainsi que les activités sont décrites de manière individualisée en fonction des besoins de l'utilisateur, tout en restant adaptées et personnalisées. L'évaluation indique également que le suivi médical de l'utilisateur est assuré. Les rapports médicaux, incluant les diagnostics, les antécédents ainsi que toute autre intervention ou examen médical, sont renseignés, permettant une connaissance médicale approfondie et une adaptation adéquate de la prise en charge ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence de procédures écrites relatives à la préparation de l'utilisateur à un transfert vers le milieu hospitalier et à son retour, la cellule a évalué leur mise en application. Elle a également examiné les procédures relatives à la communication auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence ou lors du retour de l'utilisateur. Concernant la préparation et le suivi des hospitalisations, l'examen des dossiers a mis en évidence que les informations relatives à l'hospitalisation ainsi qu'à l'organisation du retour étaient correctement renseignées dans l'ensemble des dossiers analysés. En revanche, des non-conformités ont été relevées en matière de communication lors des transferts en urgence : dans trois dossiers, aucune traçabilité de l'information transmise au médecin traitant et/ou aux proches n'a pu être retrouvée. Par ailleurs, s'agissant de la communication liée au retour d'un usager après hospitalisation, quatre des dix dossiers examinés ne comportaient pas l'ensemble des éléments attestant de l'information communiquée aux proches et au médecin traitant ;
- *Concepts spécifiques (usagers 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 a été réalisée par les agents. En ce qui concerne la prise en charge des usagers en fin de vie, la documentation relative aux rôles, aux ressources et aux limites des familles, ainsi qu'aux derniers souhaits de l'utilisateur, demeure incomplète. Ces informations n'étaient présentes que dans quatre des dix dossiers consultés sur site. Dans le cadre de la prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle, les agents ont vérifié, dans dix dossiers, si les habitudes de vie, la biographie, les besoins individuels, les routines quotidiennes et les préférences des usagers étaient documentés de manière détaillée, ce qui s'est avéré être le cas dans l'ensemble des dossiers examinés. La qualité de la description est telle qu'elle permet à toute personne de se faire rapidement une vision globale de la personne, de son histoire et de ses besoins. Les usagers interrogés ont exprimé leur perception quant à la qualité des soins reçus ainsi qu'à l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Ils indiquent disposer d'un accès aux soins médicaux adapté et se déclarent très satisfaits à cet égard.



Concernant la qualité des soins, six usagers se déclarent satisfaits. Un usager estime toutefois que la qualité des soins peut varier en fonction des intervenants. Par ailleurs, trois usagers ont indiqué ne pas se sentir concernés par cette question et n'ont donc pas souhaité se prononcer.

- « **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 ainsi que la procédure relative aux règles d'hygiène et sanitaires.

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.

Concernant la prévention et la lutte contre les infections, les agents ont vérifié le respect des règles d'hygiène par le personnel, notamment en ce qui concerne l'hygiène des mains ainsi que l'absence de port de bijoux.

Par ailleurs, cinq membres du personnel ont été interrogés au sujet de la gestion des excréments dans le cadre de la prévention des infections. Les réponses fournies ont été jugées correctes, ce qui témoigne d'une bonne connaissance des pratiques professionnelles en la matière.

- « **Organisation** » : La cellule Qualité a constaté les éléments suivants : l'organigramme, à jour, a bien été communiqué au personnel, mais pas aux usagers. Les agents n'ont pas pu retracer d'organigramme actualisé du personnel cadre, sous quelque forme que ce soit. Cette situation correspond à cinq modalités non conformes et entraîne le retrait des points relatifs à ce critère.

Un plan de formation du personnel existe également. Une procédure d'annulation d'un passage ainsi qu'une procédure en cas de retard sont en place. Les échanges avec les collaborateurs ont mis en évidence une bonne connaissance des conduites à tenir en cas d'annulation, de refus de prise en charge ou de nécessité de replanification d'un passage. Les collaborateurs ont indiqué informer l'usager, tracer la situation dans les outils appropriés et, le cas échéant, adapter l'organisation des passages. S'agissant de la gestion des retards, les collaborateurs interrogés ont su décrire les modalités à suivre, notamment la communication avec l'usager, incluant des excuses et une brève explication du retard, ainsi que la recherche de solutions organisationnelles en coordination avec l'équipe. L'analyse des réponses apportées témoigne d'une appropriation très satisfaisante des procédures par le personnel. Aucun écart n'a été constaté.

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

- *Respect et satisfaction des horaires convenus* : d'après le panel de dix usagers interrogés, les horaires des interventions du personnel soignant ne sont pas toujours respectés et peuvent varier. Les usagers indiquent toutefois que cette situation ne constitue généralement pas une difficulté majeure, à l'exception d'un usager. Les thérapeutes respectent, quant à eux, les horaires convenus. Un seul usager a exprimé une nette insatisfaction, ce qui a entraîné le retrait d'un point ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire* : les usagers connaissent les moyens de contacter le réseau de soins à domicile par téléphone et, pour certains résidant à proximité, savent également où se situent les bureaux et s'y rendent en cas de besoin. Un usager a exprimé une insatisfaction, estimant qu'il est difficile de joindre le réseau. Néanmoins, la majorité des usagers se déclare satisfaite ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile* : deux usagers sur dix se considèrent autonomes dans leurs déplacements. Les huit autres usagers se déclarent satisfaits du soutien reçu, tant pour les déplacements à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur domicile ;



- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur* : un usager n'a pas souhaité se prononcer, estimant ne pas avoir constaté de changement depuis le début de sa prise en charge. Huit usagers considèrent disposer d'informations suffisantes concernant le réseau et leur accompagnement, tandis qu'un usager souhaiterait obtenir davantage d'informations sur le réseau de soins à domicile. Dans le cadre de ce critère, les usagers résidant à proximité directe des bureaux du réseau de soins à domicile ont indiqué recevoir principalement des informations relatives à la structure d'hébergement. Ils ont également exprimé le souhait de bénéficier d'informations complémentaires concernant le fonctionnement et les services proposés par le réseau de soins à domicile.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a constaté l'existence des procédures suivantes : la déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, ainsi que la procédure à suivre en cas de fugue ou de disparition d'un usager. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents de la cellule ont vérifié la présence des rapports de chute, ainsi que leur validation par les responsables et le chargé de direction. Ils ont également contrôlé la mise en place d'un suivi adapté en cas de plaies, de blessures, de douleurs ou nécessitant une surveillance particulière de l'utilisateur. Parmi les dix dossiers analysés, trois non-conformités ont été relevées : l'absence de validation par le responsable dans un dossier, l'absence de traçabilité de la douleur malgré la présence d'une blessure dans un second dossier, ainsi que l'absence d'enregistrement des paramètres dans un troisième dossier, alors que l'utilisateur avait été pris en charge par des ambulanciers quelques heures auparavant et qu'une plaie avait nécessité des soins. Les agents ont interrogé les collaborateurs sur les démarches à suivre dans le cas d'un usager porté disparu. L'ensemble d'entre eux a démontré une connaissance adéquate des procédures à appliquer. Les usagers interrogés se sont exprimés quant au délai de réaction du personnel à leurs appels. Les réponses apparaissent partagées concernant l'accessibilité téléphonique du personnel : certains indiquent qu'une personne est toujours joignable, tandis que d'autres estiment que ce n'est pas systématiquement le cas. Les usagers résidant à proximité directe sur le site disposent par ailleurs d'une sonnette d'urgence leur permettant de solliciter une assistance en cas de besoin. Selon leurs déclarations, ce dispositif garantit une prise de contact systématique.

- « **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. Le personnel a bien reçu et pris connaissance de cette information, qui lui a été communiquée de manière claire et correctement intégrée.

Cependant, il n'a pas pu être démontré que les usagers avaient reçu la procédure actualisée précisant les représentants actuellement en fonction ainsi que la répartition des rôles.

En parallèle, les agents ont interrogé les usagers afin d'évaluer leur niveau de satisfaction et de connaissance de cette procédure. Aucun des dix usagers interrogés n'a souhaité se prononcer sur ce point, indiquant ne pas avoir connaissance de l'existence d'un tel comité. Par conséquent, ils n'ont pas souhaité attribuer de points.



- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer cette thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite à destination du personnel concernant le respect de la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé du domicile, le respect de l'intimité, de la dignité et de la volonté de l'utilisateur, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. La mise en application de ces principes a ensuite été évaluée.

Les agents de la cellule ont interrogé les collaborateurs, qui ont démontré des connaissances adéquates en matière de respect de la sphère privée des usagers à leur domicile. Ils ont également apporté des réponses pertinentes concernant la prise en compte des volontés des usagers et leur application au quotidien, mettant ainsi en évidence une bonne compréhension et une mise en pratique adaptée des principes de bientraitance. Les dix collaborateurs interrogés ont démontré une bonne maîtrise des principes fondamentaux de la bientraitance et ont été en mesure de les expliquer de manière claire, concrète et factuelle, en illustrant leurs propos par des exemples issus de leur pratique professionnelle quotidienne.

Les usagers interrogés ont exprimé leur perception du respect de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, du caractère privé de leur domicile, de leur vie privée ainsi que du respect global dont fait preuve le personnel à leur égard. Les agents ont également évalué la capacité du personnel à être à leur écoute ainsi qu'à celle de leurs proches.

Il ressort des entretiens que les usagers estiment que leur intimité est globalement respectée par le personnel soignant. Concernant le respect de leur volonté, un usager indique ne pas toujours souhaiter recevoir certains soins ; il précise que l'équipe soignante l'encourage, tout en respectant ses refus lorsqu'ils sont exprimés, attitude qu'il apprécie.

S'agissant du caractère privé du domicile, la majorité des usagers se déclare très satisfaite de l'attitude du personnel. Néanmoins, un usager exprime une insatisfaction marquée, indiquant que le personnel ne sonnerait pas systématiquement avant d'entrer au domicile.

Dans l'ensemble, les usagers indiquent se sentir respectés dans leur vie privée. Un usager nuance toutefois cette appréciation en précisant que cela peut varier en fonction du collaborateur intervenant.

- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. Dans un premier temps, il a été vérifié que la procédure correspondante avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou aux personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis que celle-ci était correctement appliquée. S'agissant de la communication effective, celle-ci n'était pas encore mise en place au moment de l'évaluation. Un QR code est toutefois prévu à cet effet et devrait être déployé prochainement, mais il n'était pas encore opérationnel lors de l'évaluation.

La procédure de gestion des réclamations est en place et correctement documentée. Le suivi des réclamations, les actions mises en œuvre ainsi que la clôture des dossiers sont assurées et traçables. Les plaintes communiquées verbalement directement par l'utilisateur sont également traitées.

Les agents de la cellule ont interrogé les usagers concernant leur connaissance et leur perception de la procédure de réclamation. Neuf usagers sur dix n'avaient jamais introduit de réclamation et n'ont donc pas souhaité se prononcer. Un usager connaissait la procédure et s'en déclarait satisfait.

Les entretiens ont toutefois mis en évidence certaines situations pouvant relever d'une réclamation, sans que les usagers ne les identifient comme telles. L'ensemble des points a été attribué pour ce critère.



- « **Dossier individuel** » : le dossier individuel est établi par l'organisme gestionnaire afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'utilisateur et de faciliter l'élaboration et le suivi du plan de vie individuel. Son contenu n'est pas directement communiqué à l'utilisateur ; toutefois, celui-ci peut accéder aux informations qui y sont consignées, sur demande. C'est pourquoi aucun critère relatif au dossier individuel n'est évalué dans le cadre de l'enquête de satisfaction. Les agents ont vérifié la mise en application de la procédure écrite relative à l'établissement et à la mise à jour du dossier individuel. Les éléments de documentation sont en place et correctement appliqués.



1.2.2. Identification des axes forts et des axes de progrès

Axes forts :

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

- Activités d'appui à l'indépendance et activités de maintien à domicile : un point fort majeur réside dans la mise en œuvre des activités d'appui à l'indépendance, qui font l'objet d'une évaluation trimestrielle structurée et d'une documentation quotidienne rigoureuse. Par ailleurs, un nouvel outil est en cours de déploiement afin de vérifier la cohérence entre les observations issues de ces activités et celles relevées dans les soins. Cet outil vise à permettre aux thérapeutes d'identifier rapidement les besoins d'ajustement, dans une logique d'optimisation de la prise en charge de l'utilisateur.

Enfin, les activités réalisées dans le cadre des gardes à domicile sont systématiquement tracées lors de chaque intervention, assurant une traçabilité des actions menées ainsi qu'un retour qualitatif sur la participation et les centres d'intérêt de l'utilisateur.

-Continuité des soins : un autre point fort réside dans la qualité des rapports médicaux, qui reprennent les antécédents et les diagnostics, permettant ainsi d'optimiser la prise en charge dès son initiation et tout au long de son suivi.

-Bientraitance : la bientraitance constitue un point fort majeur au sein du réseau. La majorité des usagers se déclare très satisfaite de la qualité de la prise en charge. Les collaborateurs démontrent une bonne appropriation des principes de bientraitance, qu'ils sont en mesure d'expliquer de manière claire, notamment en ce qui concerne le respect de la sphère privée au domicile ainsi que la prise en compte de la volonté de l'utilisateur. Cette maîtrise se traduit concrètement dans les pratiques professionnelles et se reflète dans les retours positifs des usagers, confirmant la qualité de la prise en charge au quotidien.

-Prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle : la prise en charge des usagers atteints de troubles démentiels constitue un point fort. Les habitudes de vie, la biographie, les besoins individuels, les routines quotidiennes ainsi que les préférences des usagers sont décrites de manière détaillée, permettant à un intervenant extérieur d'acquiescer rapidement une vision globale de la personne, de son histoire et de ses besoins. La documentation complète de la biographie, couvrant les différentes étapes du parcours de vie, favorise une prise en charge individualisée et soutient l'établissement d'une relation de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également aux professionnels d'interagir de manière adaptée, notamment en accompagnant l'utilisateur dans le récit de ses souvenirs, en complétant ses propos si nécessaire et en valorisant son vécu. L'ensemble de ces éléments contribue à une prise en charge personnalisée, respectueuse et adaptée aux besoins spécifiques des personnes atteintes de démence.

- Plan de vie et dossier individuel : le plan de vie et le dossier individuel, intégrant les capacités cognitives, les aides techniques mises en place, les directives anticipées ainsi que les habitudes de vie, sont très bien renseignées et suivies. L'évaluation initiale ainsi que les réévaluations régulières du plan de soins sont réalisées de manière structurée et rigoureuse. Cet ensemble témoigne d'un processus bien intégré par l'équipe, dont la mise en œuvre se reflète clairement dans la qualité et la complétude de la documentation.



Axes de progrès :

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

- Existence d'un contrat de prise en charge : les constats mettent en évidence que le contrat de prise en charge constitue un support central d'information pour les usagers, dans la mesure où il doit intégrer le projet d'établissement et contenir, à ce titre, des éléments essentiels relatifs au fonctionnement du service ainsi qu'aux droits des usagers, notamment en matière de procédure de réclamation ou d'existence du comité d'éthique. Cependant, la non-mise à jour de certains contrats limite l'accès à une information complète, claire et actualisée. Cette situation contribue à une compréhension partielle de certains dispositifs, comme en témoigne la méconnaissance du comité d'éthique ou la perception variable de la procédure de réclamation. Une meilleure intégration et appropriation de ces éléments via le contrat et ses annexes, dont le projet d'établissement, pourrait favoriser une meilleure lisibilité des droits et des recours pour les usagers. Il convient également de préciser que des réflexions ont été engagées et qu'une amélioration devrait être mise en place prochainement à travers un nouveau processus interne.

-Processus de la documentation : à ce stade, le suivi régulier par l'équipe n'est pas encore pleinement formalisé et l'ensemble des fonctionnalités de l'outil informatique n'est pas entièrement maîtrisé. Toutefois, une amélioration des pratiques a été observée au cours des derniers mois, avec la mise en place progressive de nouvelles habitudes de travail. Il conviendrait de renforcer l'accompagnement et la formation afin de consolider ces acquis et d'assurer une utilisation plus homogène et efficiente de l'outil.

-Ethique : une communication renforcée pourrait être mise en place afin de rendre l'existence et le rôle du comité d'éthique plus visibles et accessibles pour les usagers. En effet, aucun des dix usagers interrogés n'en avait connaissance, ce qui souligne la nécessité d'une information plus claire. Une meilleure diffusion de ces éléments permettrait aux usagers d'identifier plus aisément les ressources disponibles pour aborder des situations sensibles ou délicates, en complément de l'accompagnement assuré par les professionnels.

-Gestion des réclamations : il convient de mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, le dispositif de gestion des réclamations prévu, afin de permettre aux usagers de disposer d'un canal formalisé pour l'introduction de leurs plaintes. Cette mesure contribuerait à renforcer la transparence du traitement des réclamations, à assurer un suivi structuré et traçable, ainsi qu'à consolider la confiance des usagers en leur offrant un point de contact clairement identifié en cas de besoin ou d'insatisfaction.

-Organisation une amélioration de la régularité dans le respect des horaires d'intervention du personnel soignant pourrait être recherchée afin de renforcer l'harmonisation de l'organisation des soins. Bien que les variations observées ne semblent pas engendrer de perturbations significatives pour les usagers, un renforcement de la coordination des plannings permettrait de garantir une plus grande cohérence des interventions. À l'inverse, le respect des horaires par les thérapeutes constitue un point positif à souligner et à maintenir. Par ailleurs, la cellule relève favorablement que la documentation des écarts d'horaire, ainsi que des solutions alternatives proposées, est systématiquement tracée. Cet aspect est à maintenir.



-Soins : la cellule recommande une homogénéisation et une documentation systématique concernant la traçabilité du rôle que les proches souhaitent tenir auprès de l'utilisateur en fin de vie, ainsi que le recueil des derniers souhaits de ce dernier. Un point de vigilance est également identifié concernant la validation des ordonnances, en particulier quant à l'adéquation entre les prescriptions médicales, leur transcription sur la fiche de médication et leur administration effective. Il est recommandé de veiller à une concordance systématique entre ces différents supports (ordonnance, fiche de traitement et fiche de médication), afin de sécuriser le circuit du médicament et de prévenir tout risque d'erreur.

-Continuité des soins : la cellule recommande de formaliser et de systématiser la documentation relative à la communication des transferts d'utilisateurs en urgence vers un milieu hospitalier, tant auprès des proches que du médecin traitant. De même, il est préconisé d'assurer la traçabilité de l'information transmise aux proches et au médecin traitant lors du retour d'un usager depuis le milieu hospitalier.

- Hygiène et sanitaire : dans le cadre de l'application de la procédure relative au nettoyage quotidien et mensuel des véhicules de fonction du réseau de soins à domicile, la cellule constate un manque de traçabilité, malgré la mise à disposition de fiches dédiées. Cette procédure, récemment mise en place, apparaît néanmoins pertinente au regard des enjeux de sécurité sanitaire, notamment lors des transferts ou accompagnements d'utilisateurs. En conséquence, la cellule recommande de renforcer son application, notamment en favorisant son déploiement effectif, en assurant la formation du personnel à cet égard et en veillant à sa pérennisation, afin de garantir un niveau optimal d'hygiène et de sécurité.

1.3. Programme de remédiation

D'une manière générale, l'évaluation met en évidence une qualité de prise en charge globalement bonne. Elle repose notamment sur la consolidation de pratiques structurées et en cours d'intégration par les équipes. Les dossiers et le suivi, tels que réalisés au jour de l'évaluation, sont exemplaires. Toutefois, l'évaluation consiste à sélectionner un échantillonnage de dossiers, dont la documentation de certains points peut être antérieure à la date de mise en pratique des améliorations portées par le service ces derniers mois. S'il est dommage que cet élan n'ait pas permis d'éviter le programme de remédiation, la cellule Qualité n'a aucune réserve sur les capacités du service à répondre pleinement aux critères lors de la prochaine évaluation.



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	26 / 31	Bien
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	41 / 69	Insuffisante
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	89 / 100	Bien

La catégorie suivante ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

- Catégorie c) Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel

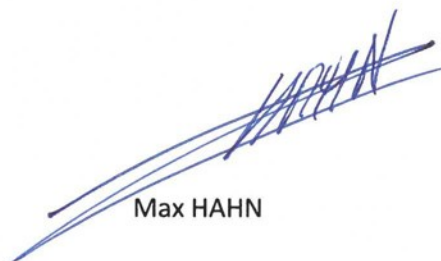
L'organisme gestionnaire est tenu de soumettre un programme de remédiation, conformément aux dispositions de l'article 28(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des

Luxembourg, le 3.07.2026

Rédacteur : Véronique TOUSSAINT - Evalueur Qualité

Relecteur : Laura MUCK - Responsable de la cellule Qualité

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



Max HAHN



Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

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

Organisme gestionnaire : Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung

Service évalué : MOTUM - de mobille Fleegeéngscht vun der FLB (PA/21/11/019)

Date de l'évaluation : 5/05/2026

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) ?	
Admission de l'utilisateur et plan individuel de prise en charge	admission	Depuis la prise de fonction de la nouvelle équipe responsable en novembre 2025, un travail structuré et soutenu a été engagé afin de reprendre les lacunes identifiées antérieurement. Les investissements réalisés et la mobilisation continue des équipes témoignent d'un engagement professionnel constant, inscrit dans une démarche d'amélioration continue, menée avec sérieux, bienveillance et sens des responsabilités envers les usagers. Le contrôle a permis d'identifier avec précision les points nécessitant encore

		une attention renforcée; ceux-ci sont pleinement pris en compte et font l'objet d'un suivi rigoureux. Par ailleurs, un retour structuré aux questions des usagers est prévu afin de renforcer la qualité de l'information et de l'accompagnement.
	Plan individuel de prise en charge	Les éléments relevés lors du contrôle ont permis d'identifier avec précision les axes nécessitant un renforcement, notamment en matière de régularité du suivi et de participation des usagers. Ces points font l'objet d'un pilotage attentif et d'actions correctives ciblées.
Prestation de service	Soins et continuité des soins	Documentation des soins ; Les non-conformités relevées ne reflètent pas le niveau d'exigence et de professionnalisme attendu. La gestion des ordonnances, identifiée comme un point sensible, fait l'objet d'une vigilance renforcée. Des procédures de contrôle ont été mises en place afin de détecter précocement tout dysfonctionnement et de permettre la mise en œuvre de mesures correctives immédiates, assorties d'un suivi rigoureux. Continuité des soins ; La continuité des soins est assurée conformément aux procédures en vigueur, avec une évaluation régulière et structurée des besoins des usagers. Les pratiques observées confirment la mise en œuvre d'un suivi individualisé, adapté et cohérent, soutenu par l'engagement constant des équipes. Hospitalisation ; Les procédures relatives aux hospitalisations sont appliquées et garantissent une organisation adéquate des transferts et des retours. Les écarts relevés en matière de traçabilité de la communication en situation d'urgence ont été intégrés dans les actions de formation interne. Un contrôle régulier est désormais assuré par les responsables de service
Mise en œuvre du projet d'établissement et dossier individuel		Un programme de remédiation est en réalisation et est pris au sérieux

Date et signature : **Theisen Carole**
Directrice générale adjointe
Fondation
Lëtzebuurger
Blannevereenegung



23.07.2026