



## 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	07/07/2025
Type de service pour personnes âgées	Structure d'hébergement
Nom de l'organisme gestionnaire	Administration communale de Sanem
Adresse	B.P, 74 L-4401 Belvaux
Nom du Service	Résidence op der Waassertrap
Adresse	60, RUE WAASSERTRAP L-4408 Belvaux
Numéro agrément en vigueur	PA/12/01/050
Agents ayant réalisé l'évaluation	Laura MUCK Georges BARTHELEMY Nuri LEIRO Sandy RAACH Liliane GOMES Mélissa BANREZES Luana BUSO

### 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 et l'accueil du résident ainsi que l'établissement et le respect du plan de vie individuel du résident ;*

*2° fourniture des prestations et services définis à l'article 3 avec les sous-catégories participation, animation et vie sociale, circulation, repas ainsi que logement ;*

*3° mise en œuvre du règlement général défini à l'article 9 ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel défini à l'article 12 ;*

*4° degré de satisfaction des résidents par rapport aux prestations et services définis à l'article 3 et au règlement général défini à l'article 9.*



Elle vise à déterminer les appréciations portées aux différentes catégories évaluées. Une appréciation « 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'améliorations et les bonnes pratiques à valoriser.

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

## Préparation de l'évaluation

### Documentation

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

### Organisation des interviews

Les agents du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil ont procédé à une évaluation de la satisfaction d'après les critères définis à l'annexe 3 catégorie d) « Enquête de satisfaction auprès des résidents » 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 solliciter un accord à répondre au questionnaire.

32 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 10 personnes ont répondu au questionnaire sur base volontaire.

Chaque personne interrogée évalue chaque critère, en attribuant un nombre de points 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 ;
- 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 point de qualité si moins de 50% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord.

## 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 point ;
  - 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 point 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.

### Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
<b>a) Catégorie : Admission et accueil du résident et plan de vie individuel</b>				
SH-A1	Existence d'une procédure écrite d'accueil du nouveau résident	1/1	Admission et accueil	
SH-A2	Le personnel applique la procédure écrite d'accueil des résidents	4/5	Admission et accueil	1 modalité de contrôle non conforme
SH-A3	La procédure écrite d'admission des résidents est appliquée	5/5	Admission et accueil	
SH-A4	Le plan de vie individuel est tenu à jour en cas de changements	2/5	Plan de vie individuel	3 modalités de contrôle non conformes
SH-A5	Le plan de vie individuel tient compte de l'état de santé du résident	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité de contrôle non conforme
SH-A6	Le plan de vie individuel tient compte des capacités cognitives du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A7	Le plan de vie individuel tient compte du degré de dépendance du résident	3/5	Plan de vie individuel	2 modalités de contrôle non conformes
SH-A8	Le plan de vie individuel tient compte des volontés et préférences personnelles du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A9	Le plan de vie individuel tient compte de la biographie du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A10	Le cas échéant, le plan de vie individuel tient compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées du résident ou des dispositions de fin de vie	1/5	Plan de vie individuel	4 modalités de contrôle non conformes
SH-A11	Le personnel d'encadrement en charge du résident connaît et respecte le plan de vie individuel du résident	5/5	Plan de vie individuel	
SH-A12	Existence d'un contrat d'hébergement signé à jour	0/5	Admission et accueil	10 modalités de contrôle non conformes
<b>b) Catégorie : Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale</b>				



Sous catégorie : Participation, animation et vie sociale				
SH-B1	Existence d'un concept écrit ou d'une procédure écrite garantissant l'implication du résident dans la vie et dans le développement de la structure d'hébergement	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B2	Le résident connaît les moyens selon lesquels il peut participer à la vie et au développement de la structure d'hébergement	0/5	Participation, animation et vie sociale	5 modalités de contrôle non conformes
SH-B3	Le programme d'animation et de vie sociale est affiché	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B4	Le programme d'animation et de vie sociale est connu par le résident	5/5	Participation, animation et vie sociale	
SH-B5	Implication des résidents dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B6	Organisation d'activités individuelles indépendamment des activités individuelles prévues par l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B7	Organisation d'activités spécifiques pour des résidents atteints d'une maladie démentielle indépendamment des activités en groupe prévues par l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
SH-B8	Les heures de consultation du chargé de direction à l'intention des résidents et de leurs proches sont affichées et communiquées	1/1	Organisation	
Sous catégorie : Repas				
SH-B9	Existence d'un concept de nutrition et d'hydratation des résidents	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-B10	Le personnel applique le concept de nutrition et d'hydratation des résidents	0/5	Soins et continuité des soins	6 modalités de contrôle non conformes
SH-B11	Le résident a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...)	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-B12	Le résident peut choisir entre plusieurs menus	1/1	Repas	
Sous catégorie : Logement et circulation				
SH-B13	Le résident peut personnaliser son logement (meubles, décor)	1/1	Logement et infrastructures	
SH-B14	Le personnel applique le plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires à respecter) pour les logements des résidents	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-B15	Existence d'un concept permettant au résident de circuler de manière sécurisée sur le site de la structure d'hébergement	1/1	Sécurité	



SH-B16	Le personnel applique le concept permettant au résident de circuler de manière sécurisée sur le site de la structure d'hébergement	3/5	Sécurité	2 modalités de contrôle non conformes
c) Catégorie : Mise en oeuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel				
SH-C1	Existence d'une procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel du résident	1/1	Dossier individuel	
SH-C2	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel du résident	4/5	Dossier individuel	1 modalité de contrôle non conforme
SH-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la vie privée du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter le caractère privé logement du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C5	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C7	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté du résident	1/1	Bienveillance	
SH-C8	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée du résident, le caractère privé de son logement, l'intimité du résident, la dignité du résident et la volonté du résident	5/5	Bienveillance	
SH-C9	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C10	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalités de contrôle non conformes
SH-C11	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	0/5	Soins et continuité des soins	6 modalités de contrôle non conformes
SH-C12	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	0/5	Hygiène et sanitaire	8 modalités de contrôle non conformes
SH-C13	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	1/5	Hygiène et sanitaire	4 modalités de contrôle non conformes
SH-C14	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un résident à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C15	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un résident à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	0/5	Soins et continuité des soins	9 modalités de contrôle non conformes
SH-C16	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un résident en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	



SH-C17	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un résident en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalités de contrôle non conformes
SH-C18	Existence d'une procédure écrite de la communication du retour d'un résident du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C19	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un résident du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	0/5	Soins et continuité des soins	6 modalités de contrôle non conformes
SH-C20	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des résidents atteints d'une maladie démentielle	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-C21	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des résidents en fin de vie	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité de contrôle non conforme
SH-C22	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	3/5	Bienveillance	2 modalités de contrôle non conformes
SH-C23	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un résident	1/1	Sécurité	
SH-C24	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un résident	5/5	Sécurité	
SH-C25	Existence d'une procédure écrite en cas de fugue d'un résident ou en cas d'un résident porté disparu	1/1	Sécurité	
SH-C26	Le personnel applique la procédure écrite en cas de fugue d'un résident ou en cas d'un résident porté disparu	2/5	Sécurité	3 modalités de contrôle non conformes
SH-C27	Le personnel connaît le règlement de sécurité et le plan d'intervention	0/5	Sécurité	7 modalités de contrôle non conformes
SH-C28	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
SH-C29	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux résidents	5/5	Organisation	
SH-C30	L'existence d'un comité d'éthique ainsi que son fonctionnement ont été expliqués au résident ou à son représentant légal	5/5	Éthique	
SH-C31	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux résidents, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	5/5	Éthique	
SH-C32	Existence d'une procédure pour l'organisation des visites médicales	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C33	La procédure de l'organisation des visites médicales est correctement appliquée	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalités de contrôle non conformes
SH-C34	Existence d'une procédure pour l'appel d'un médecin en urgence	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C35	La procédure de l'organisation de l'appel d'un médecin en urgence est correctement appliquée	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalités de contrôle non conformes
SH-C36	Existence d'une procédure pour l'obtention de médicaments en urgence d'une pharmacie	1/1	Soins et continuité des soins	



SH-C37	La procédure de l'organisation de l'obtention de médicaments en urgence d'une pharmacie est correctement appliquée	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalités de contrôle non conformes
SH-C38	Existence d'une procédure pour l'obtention de médicaments d'une pharmacie	1/1	Soins et continuité des soins	
SH-C39	La procédure de l'organisation de l'obtention de médicaments d'une pharmacie est correctement appliquée	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalités de contrôle non conformes
SH-C40	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée au résident, à son représentant légal ou à sa personne contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	
SH-C41	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	5/5	Gestion des réclamations	
SH-C42	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	
SH-C43	Le résident a accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI, ...)	5/5	Logement et infrastructures	
<b>d) Enquête de satisfaction auprès des résidents</b>				
SH-D1	Le résident ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat d'hébergement suite aux explications données	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D2	Le résident ou son représentant légal a bien compris le contenu du règlement d'ordre intérieur suite aux explications données	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D3	Le résident est impliqué dans l'établissement du plan de vie individuel	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D4	Le résident est impliqué dans l'établissement de la planification hebdomadaire/mensuelle des activités	3/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (6 RI/NA)
SH-D5	Le résident est impliqué dans l'établissement des menus de la semaine	0/5	Repas	proportionnalité appliquée (7 RI/NA)
SH-D6	Le résident est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
SH-D7	Le résident est satisfait de la procédure de réclamation	0/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (5 RI/NA)
SH-D8	Le résident est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	5/5	Éthique	proportionnalité appliquée (6 RI/NA)
SH-D9	Le résident est satisfait de son logement (décor, meubles, taille, ...)	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D10	Le résident est satisfait de l'entretien du logement	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D11	Le résident est satisfait de la qualité du nettoyage du logement	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-D12	Le résident est satisfait de l'entretien des lieux de vie commune	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D13	Le résident est satisfait de l'hygiène des sanitaires (logement et lieux de vie commune)	5/5	Hygiène et sanitaire	
SH-D14	Le résident est satisfait du nettoyage du linge plat	5/5	Hygiène et sanitaire	



SH-D15	Le résident est satisfait de la température à l'intérieur de son logement et des lieux de vie commune	5/5	Logement et infrastructures	
SH-D16	Le résident est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition personnelle	4/5	Logement et infrastructures	
SH-D17	Le résident a accès à des activités qui correspondent à ses intérêts et besoins	5/5	Participation, animation et vie sociale	
SH-D18	Le personnel est à l'écoute du résident	3/5	Bienveillance	
SH-D19	Le personnel est à l'écoute des proches du résident	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D20	Le personnel motive le résident à participer à des activités adaptées à ses intérêts et besoins	4/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D21	Le personnel est respectueux envers les résidents	5/5	Bienveillance	
SH-D22	Le personnel respecte le plan de vie individuel du résident	5/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D23	Le personnel respecte la dignité du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D24	Le personnel respecte l'intimité du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D25	Le personnel respecte la volonté du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D26	Le personnel respecte le caractère privé du logement du résident	5/5	Bienveillance	
SH-D27	Le personnel réagit en temps utile aux appels d'urgence du résident	0/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (2 RI/NA)
SH-D28	Le chargé de direction est à l'écoute du résident	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D29	Le résident est satisfait des heures de consultation du chargé de direction	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D30	Le chargé de direction communique de manière compréhensible	5/5	Organisation	
SH-D31	Le chargé de direction veille au bon fonctionnement de la structure	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D32	Le résident est satisfait des conditions selon lesquelles les visites peuvent se dérouler	5/5	Organisation	
SH-D33	Le résident est satisfait des horaires de prise de repas	5/5	Repas	
SH-D34	Le résident est satisfait de la variété des repas	4/5	Repas	
SH-D35	Le résident est impliqué dans le choix des menus	5/5	Repas	
SH-D36	Le résident est satisfait de la présentation des repas	5/5	Repas	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D37	Le résident est satisfait de la qualité des repas	3/5	Repas	
SH-D38	Le résident est satisfait de la quantité des repas	5/5	Repas	
SH-D39	Le résident est satisfait du goût des repas	4/5	Repas	
SH-D40	Le résident est satisfait de la température des repas	4/5	Repas	
SH-D41	Le résident est satisfait du service des repas	5/5	Repas	

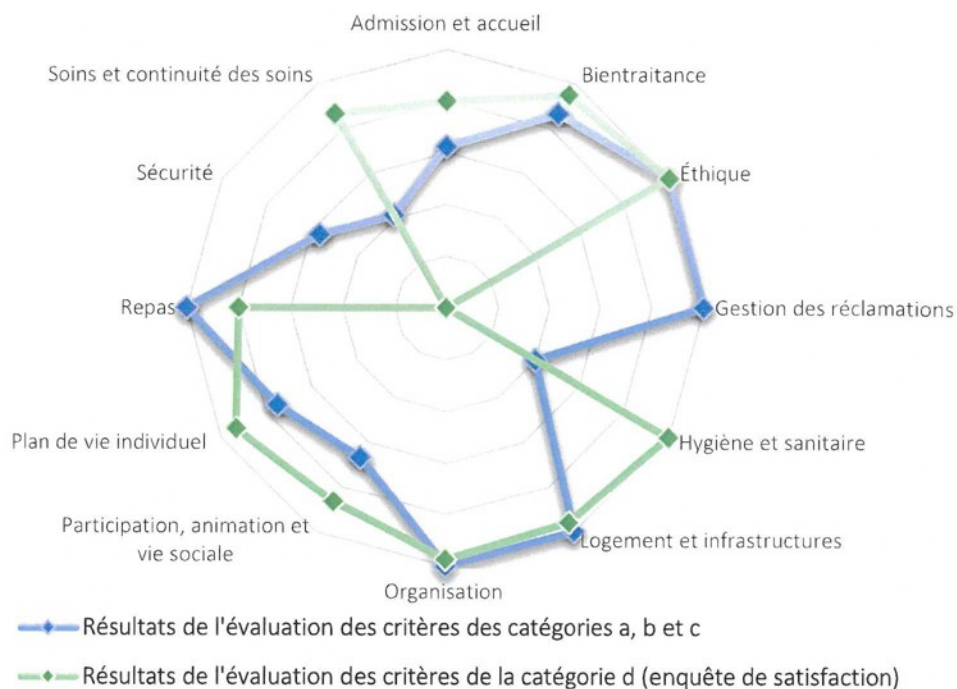


SH-D42	Le personnel tient compte de ses besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques	3/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (6 RI/NA)
SH-D43	Le résident est satisfait du programme des activités	5/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)
SH-D44	Le résident est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-D45	Le résident obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte	5/5	Organisation	
SH-D46	Le résident peut librement accueillir des visiteurs	5/5	Organisation	
SH-D47	Le résident a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	
SH-D48	Le résident, son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement de la structure d'hébergement ou l'encadrement du résident	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 RI/NA)



## Analyse détaillée et synthèse des résultats

### Analyse des résultats par domaine\*



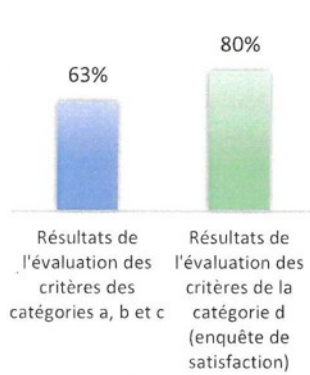
La cellule Qualité observe une forte disparité dans la notation des différentes thématiques et une certaine hétérogénéité entre les notes attribuées par les résidents et par les agents de la cellule Qualité.

*\*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.*

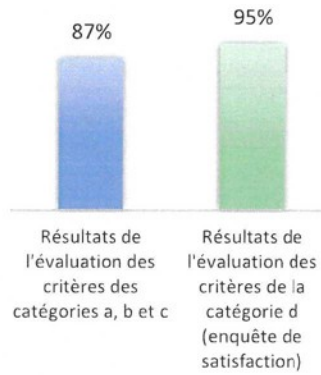
*Le dossier individuel ne faisant pas l'objet d'une évaluation par le résident, le résultat de la satisfaction n'apparaît pas sur les graphiques pour ce domaine.*



### 1. Admission et accueil



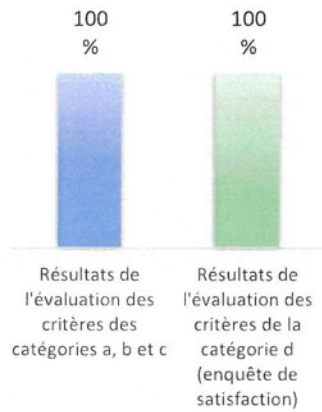
### 2. Bientraitance



### 3. Dossier individuel



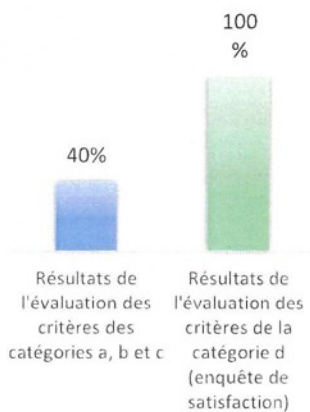
### 4. Ethique



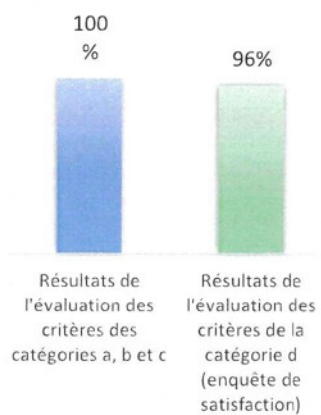
### 5. Gestion des réclamations



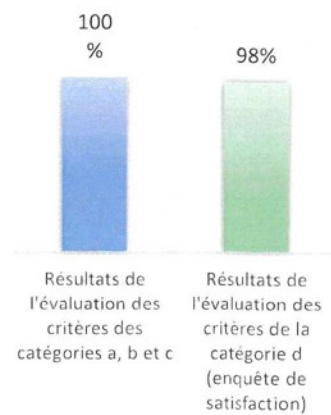
### 6. Hygiène et sanitaire



### 7. Logement et infrastructures

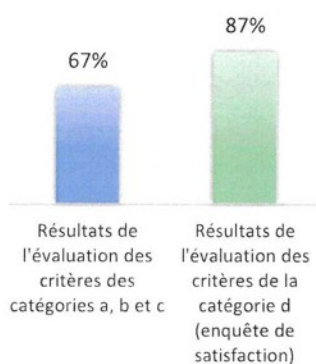


### 8. Organisation

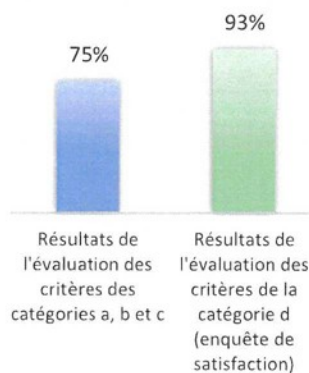




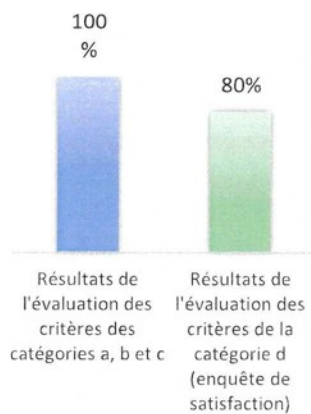
### 9. Participation, animation et vie sociale



### 10. Plan de vie individuel



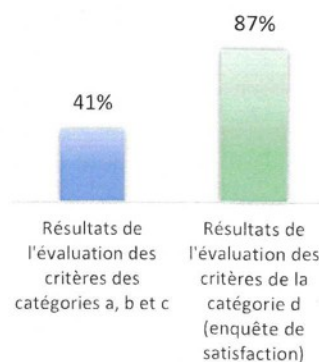
### 11. Repas



### 12. Sécurité



### 13. Soins et continuité des soins





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

- « **Hygiène et sanitaire** » : les agents de la cellule ont vérifié la mise en application de différentes procédures, à savoir la procédure de prévention et de lutte contre les infections, la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires et le plan de nettoyage détaillant les règles d'hygiène et sanitaires à respecter pour le logement des résidents. Différents éléments ont été contrôlés par les agents de la cellule, comme le respect du plan de nettoyage ou encore le respect et la connaissance des procédures par le personnel. La traçabilité du nettoyage des logements est satisfaisante, mais la formation du personnel devra être revue et approfondie sur le thème de l'hygiène (précautions standards, et additionnelles notamment).

Les résidents interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du logement* : très satisfaits ;
- *Hygiène des sanitaires (logement et lieux de vie commune)* : très satisfaits ;
- *Nettoyage du linge plat* : très satisfaits.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un résident, fugue ou résident porté disparu, et l'existence d'un concept permettant au résident de circuler de manière sécurisée sur le site de la structure d'hébergement. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents de la cellule ont basé leurs constats sur l'étude des dossiers et les réponses du personnel aux questions posées. Bien que les dossiers ne soient pas systématiquement complétés conformément aux procédures en vigueur, le personnel a répondu de manière plutôt correcte dans l'ensemble.

Le personnel a également été interrogé pour évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention. Ce sujet n'est pas maîtrisé par le personnel : les réponses reçues, majoritairement incorrectes, révèlent un besoin accru de formation.

Les résidents interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel à leurs appels d'urgence. Certains résidents ont souligné qu'ils devaient attendre un délai estimé trop important, et la notion d'une trentaine de minutes ou plus, a été rapportée à plusieurs reprises.

- « **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 concernant la documentation des soins. Le point de contrôle sur dossiers n'a pas permis de vérifier l'application systématique de la procédure ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins, une procédure pour l'appel en urgence d'un médecin et une procédure pour l'organisation des visites médicales. Les agents ont constaté des revues de plan de soins individualisées à des fréquences insuffisantes ou insuffisamment documentées. Le personnel a répondu à des questions pour évaluer la mise en application des procédures d'appel en urgence et d'organisation des visites médicales. Les réponses étaient parfois incorrectes, ce qui a entraîné une perte de points. De même, les agents ont avisé le plan de soins, dont la gestion de la mise à jour n'est pas optimale. Il n'est ainsi pas possible de différencier les plans réévalués, mais qui n'ont pas fait l'objet de modifications, des plans qui n'ont pas fait l'objet d'une revue ;
- *Hydratation et nutrition (dont besoins spécifiques)* : le résident a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...). La structure a défini un concept de nutrition et d'hydratation des résidents. Sa mise en application est insuffisante, au regard des constats relevés lors des interviews avec le personnel. En cette période estivale, les agents de la cellule ont interrogé le personnel sur les pratiques prévues à mettre en place pour maintenir une hydratation optimale ;



- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation du résident à un transfert vers le milieu hospitalier / à un retour du milieu hospitalier, ainsi que les communications auprès des proches et du médecin traitant (lors du transfert en urgence ou au retour de l'hospitalisation), la cellule a évalué leur mise en application. Les dossiers présentent des défauts de documentation en ce qui concerne les hospitalisations, notamment des éléments portant sur le suivi consécutif au retour dans la structure et dans la communication auprès des parties prenantes ;
- *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 était très satisfaisante ;
- *Gestion des médicaments* : la cellule a évalué le processus de gestion des médicaments en vérifiant l'existence d'une procédure pour l'obtention de médicaments (en urgence et en dehors d'une urgence) d'une pharmacie ainsi que la mise en application des principes y décrits. Il y a lieu de revoir les processus actuels, et de former à nouveau le personnel à la traçabilité attendue. Les résidents interrogés ont exprimé leur opinion sur la prise en compte de leurs besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques, sur la qualité des soins leur administrés, et l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Ils sont globalement très satisfaits.

- « **Repas** » : Les résidents ont le choix entre deux menus au moins. En ce qui concerne les opinions émises par les résidents interrogés, les constats sont les suivants :

- *Implication dans l'établissement des menus de la semaine et choix des menus* : les résidents se sentent impliqués dans le choix des menus, mais absolument pas dans l'établissement des menus de la semaine ;
- *Horaires de prise des repas* : très satisfaits ;
- *Variété* : satisfaits ;
- *Présentation* : très satisfaits ;
- *Qualité* : plutôt satisfaits ;
- *Quantité* : très satisfaits ;
- *Goût* : satisfaits ;
- *Température* : satisfaits ;
- *Service* : très satisfaits. Les résidents apprécient fortement le personnel, toujours présent et agréable.

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

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

- *Chargé de direction* : la direction est à l'écoute du résident. Les heures de consultation du chargé de direction sont satisfaisantes, il communique de manière compréhensible et veille au bon fonctionnement de la structure. Les résidents estiment recevoir toute information de tout changement impactant le fonctionnement de la structure d'hébergement ou l'encadrement du résident ;
- *Accueil de visiteurs* : les conditions selon lesquelles les visites peuvent se dérouler sont très satisfaisantes, les résidents ont le sentiment de pouvoir librement accueillir des visiteurs ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire et suffisant pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure* : satisfaits, mais les agents ont recueilli plusieurs remarques indiquant un sentiment de manque de soutien.



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

Le programme d'animation et de vie sociale est affiché. Le concept ou la procédure garantissant l'implication du résident dans la vie et le développement de la structure existe. Lors de l'interview des résidents, il ressort que ces derniers ne connaissent pas les moyens selon lesquels ils peuvent participer à la vie et au développement de la structure d'hébergement. Ils connaissent le programme d'animation et de vie sociale et se sentent moyennement impliqués dans l'établissement de la planification hebdomadaire / mensuelle des activités. Les activités correspondent à leurs intérêts et besoins et ils sont satisfaits du programme des activités. Par ailleurs, les dispositifs pour impliquer les résidents dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale existent mais ne semblent pas fonctionnels de manière optimale (ils restent peu identifiés vis-à-vis des résidents, par exemple le Heemrot).

- « **Plan de vie individuel** » : le plan de vie individuel est au cœur de la prise en charge du résident. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une idée globale, notamment la prise en compte d'éléments comme les mises à jour en cas de changements, l'état de santé du résident, ses capacités cognitives, son degré de dépendance, ses volontés et préférences personnelles, la biographie, le carnet de soins palliatifs / directives anticipées / dispositions de fin de vie, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge du résident connaît et respecte son plan de vie individuel. Le niveau d'information est très inégal. Certains éléments sont très bien renseignés, par exemple la biographie, ou encore les préférences des résidents concernant les repas. D'autres éléments, en revanche, sont plus inégaux / moins uniformes. C'est le cas de la mise à jour du plan de vie individuel notamment, pour lequel des défauts de documentation ont été relevés. Le critère portant sur les directives anticipées et les dispositions de fin de vie présente une notation de 1 point sur 5. Effectivement, la structure aurait du revoir les informations à sa disposition endéans un délai défini par ses procédures, qu'elle n'a pas respecté. La cellule Qualité salue la démarche, rare dans le secteur, d'une révision périodique de ces informations capitales, mais il est dommage que les processus en cours ne permettent pas d'identifier les dossiers dont la revue est à faire absolument et prioritairement. Il y a ici à nouveau une dichotomie importante entre une documentation (concepts et procédures) de grande qualité, et la mise en application réelle.

Lors des échanges avec les résidents, les agents ont cherché à déterminer s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan de vie et si le personnel respectait leur plan de vie individuel. Une dernière question cherchait à déterminer si le personnel les motivait à participer à des activités adaptées à leurs intérêts et besoins. Ils sont globalement très satisfaits, même si certains résidents ont mentionné percevoir l'offre actuelle comme relativement statique, reposant sur des activités redondantes et peu dynamiques. Néanmoins, ils expriment globalement une appréciation positive de l'initiative et du cadre proposé.

- « **Accueil et admission** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouveau résident et d'admission a été avisée. La mise en application de la procédure d'accueil a été évaluée. Enfin, la cellule a procédé à une revue des contrats d'hébergement pour en vérifier la conformité avec les dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023. Il s'avère que le critère portant sur l'existence d'un contrat d'hébergement signé à jour est noté «0 point». En effet, aucun contrat ne contenait en annexe le projet d'établissement, comme l'exige l'article 11 de la loi précitée. Les procédures d'accueil et d'admission sont correctement mises en application.

Lors des entretiens avec les résidents, les agents ont demandé si le résident (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat d'hébergement et du règlement d'ordre intérieur sur base des explications données. Les résidents se montrent satisfaits du niveau d'informations reçues.



- « **Bienveillance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers le résident à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de la vie privée, le respect du caractère privé du logement, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, et le respect de la volonté ainsi que la procédure écrite de bienveillance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. Le personnel a une bonne connaissance des lignes de conduite.

Les résidents interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur vie privée, de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, et du caractère privé de leur logement ainsi que sur le respect en général du personnel à leur égard. Les agents souhaitent aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à celle de leurs proches. Les résidents sont satisfaits. Ils déplorent parfois le manque de temps et d'écoute qui en découle, de la part du personnel.

- « **Logement et infrastructure** » : la possibilité de personnaliser son logement (meubles, décor, ...) a été vérifiée, ainsi que l'accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI,...). Les résidents ont indiqué que la qualité de ces moyens de communication à leur disposition personnelle était satisfaisante.

Les résidents interrogés ont fait part de leur grande satisfaction à propos de leur logement (en termes de décor, meubles, taille, ...) et sur son entretien et l'entretien des lieux de vie commune.

Enfin, les résidents estiment que la température à l'intérieur de leur logement et dans les lieux de vie commune est très agréable.

- « **Ethique** » : la cellule Qualité a vérifié que l'existence du comité d'éthique ainsi que son fonctionnement avaient bien été expliqués aux résidents ou à leurs représentants légaux, et que la procédure de saisine dudit comité avait bien été communiquée aux résidents, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel.

En parallèle, les agents ont demandé aux résidents s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : plus de la moitié des résidents interrogés ne se sont pas prononcés, faute d'information. Les autres répondants sont très satisfaits de la procédure de saisine.

- « **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 résidents, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis si elle était correctement appliquée. Il existe un fichier de suivi fort bien complété.

Les agents de la cellule ont demandé aux résidents leur opinion concernant la procédure de réclamation : la moitié n'a pas souhaité se prononcer, car ils n'ont jamais été concernés par une telle procédure. L'autre moitié a un avis mitigé, ce qui s'est traduit par une note basse au niveau du critère évalué.

- « **Dossier individuel** » : Le dossier individuel est établi par l'organisme gestionnaire en vue d'améliorer l'efficacité de la prise en charge du résident et en vue de faciliter la création et le suivi du plan de vie individuel. Son contenu n'est pas directement partagé avec le résident, 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 demandé à vérifier l'existence d'une procédure écrite pour l'établissement et la mise à jour du dossier individuel. Les éléments de documentation sont en place et appliqués.



## Identification des axes forts et axes de progrès

### Axes forts :

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

- Le niveau de formalisation documentaire au sein de la structure est notable : les outils de suivi des événements indésirables, des réclamations, ou encore des fiches de sécurité sont bien présents et structurés. Ce cadre rigoureux permet une traçabilité pertinente des situations et des actions entreprises. Toutefois, certains retours de résidents mettent en lumière un décalage entre la rigueur du suivi administratif et la perception de l'efficacité des suites données. Un travail de communication et de transparence sur les actions engagées à la suite des signalements pourrait contribuer à renforcer la confiance et le sentiment d'écoute des usagers.
- Un dispositif visuel a été mis en place pour améliorer l'accessibilité à l'information concernant les repas : les plats du jour sont exposés en vitrine, offrant aux résidents une représentation concrète de ce qui leur est proposé. Ce support visuel favorise l'autonomie des résidents dans leur choix, en particulier pour ceux ayant des difficultés de compréhension ou de projection à partir d'un menu écrit. Cette initiative peut renforcer également le plaisir de manger. La cellule Qualité a également noté un important effort dans la présentation des repas pour les personnes ayant des besoins spécifiques (texture adaptée), ce qui impacte positivement la perception des sens et l'envie de manger.

### Axes de progrès :

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

- La structure doit renforcer la visibilité et l'accessibilité des dispositifs participatifs (Heemroot) : la majorité des résidents interrogés ne semblent pas avoir une connaissance claire des moyens dont ils disposent pour contribuer à la vie et au développement de la structure. Les mécanismes participatifs existants, tels que le Heemroot, restent peu identifiés, ce qui peut expliquer un certain sentiment de non-implication ressenti dans différents aspects de la vie collective. La structure gagnerait à mieux valoriser ces dispositifs et à encourager une collaboration plus active avec cette instance, afin de renforcer l'expression et la participation des résidents.
- Bien que les résidents aient attribué de bonnes notes concernant la participation, l'animation et la vie sociale, ils ont tout de même formulé différentes remarques. Le programme d'animation devrait être enrichi pour stimuler une participation plus large. Le programme d'animation actuellement en place propose des activités régulières et apaisantes, telles que la lecture ou l'écoute musicale, qui rencontrent l'adhésion d'une partie des résidents. Toutefois, une diversification de l'offre, intégrant des activités plus interactives ou stimulantes, pourrait favoriser une participation plus large. Adapter encore davantage les propositions aux envies et capacités des résidents permettrait de renforcer leur implication et leur bien-être au quotidien.
- Enfin, renforcer l'application cohérente des procédures établies est nécessaire. Bien que le suivi administratif et le niveau de formalisation des procédures soient élevés, leur mise en œuvre sur le terrain reste parfois incomplète ou inégale selon les équipes aux différents étages. Des écarts ont été observés dans l'application de protocoles concernant la gestion des médicaments, l'hygiène des mains, la nutrition, les soins ou encore les transmissions d'informations. Une meilleure appropriation des documents existants par le personnel de terrain, associée à un suivi plus rigoureux de leur application et à la correction des lacunes constatées, permettraient de garantir la continuité des soins et la sécurité pour une prise en charge des résidents optimale.



## Conclusion

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

$$\frac{\text{Total des points attribués}}{\text{Maximum des points pouvant être atteints}} \times 100$$

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

- « 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
<b>Admission et accueil du résident et plan de vie individuel</b>	40 / 56	<b>Satisfaisante</b>
<b>Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale</b>	24 / 36	<b>Insuffisante</b>
<i>Participation, animation et vie sociale</i>	11 / 16	<i>Insuffisante</i>
<i>Repas</i>	3 / 8	<i>Insuffisante</i>
<i>Logement et circulation</i>	10 / 12	<i>Bien</i>
<b>Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel</b>	87 / 143	<b>Insuffisante</b>
<b>Enquête de satisfaction auprès des résidents</b>	209 / 240	<b>Bien</b>

Les catégories suivantes ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

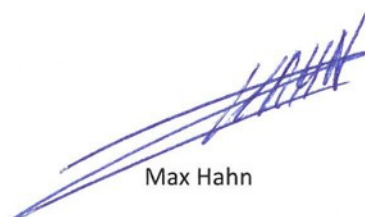
- Catégorie b) Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale
- Catégorie c) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel

l'organisme gestionnaire est tenu de soumettre un programme de remédiation, conformément aux dispositions de l'article 13(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 5 août 2025

Rédacteur : 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 : Administration communale de Sanem

Service évalué : Résidence op der Waassertrap (agrément PA/12/01/050)

Date de l'évaluation : 07/07/2025

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) ?	
A) Admission et accueil du résident et plan de vie individuel	SH-A4	<p>Le plan de vie individuel réalisé encéans les 7 jours suivants l'admission et communiquée aux équipes soignantes. Il est renouvelé en fonction des objectifs fixés et selon les besoins spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Objectif « améliorer » : réévaluation mensuelle</li><li>• Objectif « maintenir » : réévaluation trimestrielle</li><li>• Objectif « accompagner » : réévaluation semestrielle</li></ul>

		Il sera réévalué plus tôt ou plus souvent en cas de changement de l'état général, retour d'hospitalisation, mise en soins de confort ou soins palliatifs, constat d'objectifs sous ou surévalués.
A) Admission et accueil du résident et plan de vie individuel	SH-A10	<p>La REWA sensibilise et accompagne les résidents dans la rédaction des directives anticipées. Une première sensibilisation est effectuée en visite pré admission, une seconde lors de l'entretien post-accueil, quelques semaines après l'admission. Cette sensibilisation systématique permet à la REWA d'avoir un taux de plus de 90% de directives anticipées rédigées.</p> <p>Plusieurs référents en soins palliatifs dédiés et formateurs agréés internes participent activement à la culture palliative de la REWA tant auprès des résidents, familles et proches que des membres du personnel.</p> <p>Le taux de formation en soins palliatifs des collaborateurs de la REWA dépasse largement les exigences légales.</p> <p>La REWA a également obtenu récemment la labellisation suisse "Qualité dans les soins palliatifs".</p>
A) Admission et accueil du résident et plan de vie individuel	SH-A12	L'ensemble des résidents a signé un contrat correspondant aux exigences légales de la loi qualité. Le projet d'établissement a été présenté en soirée familles et résidents et sera remis aux résidents. Ce projet sera systématiquement joint aux contrats futurs.
<p>B) Prestations et services dans les domaines de la participation de l'animation et de la vie sociale</p> <p>Sous catégorie : participation, animation et vie sociale</p>	SH-B2	<p>La REWA propose un programme d'activités et de sorties très varié et complet. Il est communiqué par courrier de manière hebdomadaire à l'ensemble des résidents et familles et affiché dans les lieux de vie. Le maintien de la vie sociale est un point d'honneur pour la REWA et toute proposition d'activité est toujours la bienvenue.</p> <p>Lors de l'entretien post-accueil, quelques semaines après l'admission, ou en entretien de séjour, il est</p>

		<p>demandé systématiquement aux résidents leurs souhaits d'activités, sorties.</p> <p>La REWA a également un comité des résidents "Heemrot" ou la thématique des activités peut toujours être abordée, tout comme lors des "Poterstonn" organisées plusieurs fois par an</p>
<p>B) Prestations et services dans les domaines de la participation de l'animation et de la vie sociale</p> <p>Sous catégorie : repas</p>	SH-B10	<p>Le concept d'hydratation et nutrition est existant et diffusé. Des formations complémentaires seront mises en place afin de garantir la connaissance par tous de son contenu et en assurer ainsi la bonne application.</p>
<p>C) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel</p>	SH-C12/C13	<p>La REWA a formé une infirmière hygiéniste en interne et dispose de l'ensemble des procédures en matière de prévention et lutte contre les infections, règles d'hygiène et sanitaires. Ces différentes procédures sont à disposition des collaborateurs et sont régulièrement auditées en interne via des journées d'hygiène ou sécurité. La REWA est également labellisée en "Secher a gesond mat System" depuis 2024.</p>
<p>C) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel</p>	SH-C15/C16/C17/C19	<p>En cas de transfert vers le milieu hospitalier ou retour vers la REWA, l'ensemble des parties prenantes (familles, proches, médecins traitants) est toujours informée par les équipes soignantes dans les meilleurs délais via les différents moyens de communication.</p>
<p>C) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel</p>	SH-C26/C27	<p>La REWA organise mensuellement une formation sécurité en interne dédiée aux collaborateurs, avec participation obligatoire annuellement.</p> <p>Une formation "extincteurs" est également réalisée avec le service des pompiers tous les 5 ans avec rappel intégré lors des journées sécurité.</p> <p>Une "safety week" dédiée à la sécurité dans tous ses aspects, y compris l'hygiène, est réalisée annuellement.</p>

		Des campagnes de prévention mensuelles liées à la sécurité sont également diffusées aux collaborateurs. La REWA organise également en interne et externe, les formations de premiers secours.
C) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel	SH-C37	La procédure d'obtention de médicaments en urgence d'une pharmacie étant relativement récente, le suivi de sa bonne application sur le terrain doit encore être renforcée. La REWA travaille en étroite collaboration avec ses pharmacies partenaires.
C) Mise en œuvre du règlement général de la structure d'hébergement et dossier individuel	SH-C39	L'ensemble de l'organisation du circuit du médicament est en cours de révision.
D) Enquête de satisfaction auprès des résidents	SH-D5	Les résidents de la REWA ont le choix au quotidien entre 3 menus. L'implication des résidents dans l'élaboration des menus est également discutée en Heemrot ou Poterstonn. Des enquêtes de satisfaction mensuelles spécifiques à la restauration sont également réalisées auprès des résidents.
D) Enquête de satisfaction auprès des résidents	SH-D7	La REWA est dans une démarche constante d'amélioration continue et recense l'ensemble des doléances et réclamations provenant des différentes parties prenantes. Une analyse quotidienne est effectuée par la coordinatrice qualité en présence de l'ensemble des responsables et Direction. Un suivi des actions correctives et retour aux personnes concernées est assuré.
D) Enquête de satisfaction auprès des résidents	SH-D27	Un suivi des appels des résidents est recensé de manière mensuelle. Cet indicateur est suivi lors des réunions en comité de Direction et les résultats sont présentés aux collaborateurs. Les collaborateurs interviennent plus rapidement aux appels que le seuil limite qui leur a été fixé. L'attente en cas d'appel reste un ressenti personnel qui même si l'intervention est

		extrêmement rapide peut être perçu comme très long.
--	--	--

Date et signature :

18/12/25

Pour la Bourgmestre empêchée,



Steve Gierenz, échevin