



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	07/10/2025 (Interviews entre le 30/09/2025 et le 17/10/2025)
Type de service pour personnes âgées	Centre de jour pour personnes âgées
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation Stëftung Hëllef Doheem
Adresse	48A, Avenue Gaston Diderich L-1420 LUXEMBOURG
Nom du Service	Aalbach
Adresse	6, Place des Villes Jumelées L-5627 MONDORF-LES-BAINS
Numéro agrément en vigueur	PA/07/04/044
Agents ayant réalisé l'évaluation	Laura MUCK Luana BUSO Sandy RAACH Nuri LEIRO Mélissa BANREZES

Introduction

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

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

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

1° Admission et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel ;

2° Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale ;

3° Mise en œuvre du règlement général défini à l'article 39 ainsi qu'établissement et gestion du dossier individuel défini à l'article 42 ;

4° Degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services définis à l'article 34 et au règlement général défini à l'article 39.



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

Objectifs du rapport

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

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

Préparation de l'évaluation

Documentation

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

Organisation des interviews

Les agents du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil ont procédé à une évaluation de la satisfaction d'après les critères définis à l'annexe 3 catégorie d) « Enquête de satisfaction auprès des usagers » de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Un premier panel de potentiels répondants a été sélectionné puis contacté pour proposer l'organisation d'un rendez-vous afin de répondre au questionnaire.

32 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 9 personnes ont répondu au questionnaire.

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

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



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

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

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

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

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



1. Présentation des résultats et analyse détaillée

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

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

Cas particuliers

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

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

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

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

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



1.1. Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
a) Catégorie : Admission et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel				
CDJ-A1	Le personnel applique la procédure d'admission (admission préventive et urgente) du nouvel usager	5/5	Admission et accueil	
CDJ-A2	Existence d'une procédure écrite d'accueil de l'utilisateur	1/1	Admission et accueil	
CDJ-A3	Le personnel applique la procédure écrite d'accueil de l'utilisateur	3/5	Admission et accueil	2 modalités de contrôle non conforme(s) et 0 modalités de contrôle non applicable(s)
CDJ-A4	Le plan de vie individuel est tenu à jour en cas de changements	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité de contrôle non conforme(s) et 0 modalités de contrôle non applicable(s)
CDJ-A5	Le plan de vie individuel tient compte de l'état de santé de l'utilisateur	4/5	Plan de vie individuel	1 modalité de contrôle non conforme(s) et 0 modalités de contrôle non applicable(s)
CDJ-A6	Le plan de vie individuel tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A7	Le plan de vie individuel tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A8	Le plan de vie individuel tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-A9	Le plan de vie individuel tient compte de la biographie de l'utilisateur	3/5	Plan de vie individuel	2 modalités de contrôle non conforme(s) et 0 modalités de contrôle non applicable(s)
CDJ-A10	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan de vie individuel de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
b) Catégorie : Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale				
Sous catégorie : Participation, animation et vie sociale				
CDJ-B1	Existence d'un concept écrit ou d'une procédure écrite garantissant l'implication de l'utilisateur dans la vie et dans le développement du centre de jour pour personnes âgées	0/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B2	L'utilisateur connaît les moyens selon lesquels il peut participer à la vie et au développement du centre de jour pour personnes âgées	2/5	Participation, animation et vie sociale	2 modalités de contrôle non conforme(s) et 1 modalité de contrôle non applicable(s)



CDJ-B3	Le programme d'animation et de vie sociale est affiché	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B4	Le programme d'animation et de vie sociale est connu par l'utilisateur	5/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B5	Implication des usagers dans l'établissement du plan d'animation et de vie sociale	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B6	Organisation d'activités individuelles (en dehors d'activités en groupe) indépendamment des prestations de l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-B7	Organisation d'activités spécifiques pour des usagers atteints d'une maladie démentielle indépendamment des prestations de l'assurance dépendance	1/1	Participation, animation et vie sociale	
Sous catégorie : Repas				
CDJ-B8	Existence d'un concept de nutrition et d'hydratation	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-B9	L'utilisateur a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...)	1/1	Soins et continuité des soins	
c) Catégorie : Mise en oeuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel				
CDJ-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'utilisateur	5/5	Dossier individuel	
CDJ-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'utilisateur	1/1	Bienveillance	
CDJ-C5	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'utilisateur	0/5	Bienveillance	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C6	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C7	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
CDJ-C8	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C9	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
CDJ-C10	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	5/5	Hygiène et sanitaire	



CDJ-C11	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	3/5	Hygiène et sanitaire	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C14	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
CDJ-C15	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C16	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	0/5	Soins et continuité des soins	8 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C17	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C18	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	5/5	Soins et continuité des soins	
CDJ-C19	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	5/5	Bientraitance	
CDJ-C20	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	1/1	Sécurité	
CDJ-C21	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	5/5	Sécurité	0 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 1 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C22	Existence d'une procédure écrite en cas de fugue d'un usager ou en cas d'un usager porté disparu	1/1	Sécurité	
CDJ-C23	Le personnel applique la procédure écrite en cas de fugue d'un usager ou en cas d'un usager porté disparu	5/5	Sécurité	
CDJ-C24	Le personnel connaît le règlement de sécurité et le plan d'intervention	5/5	Sécurité	
CDJ-C25	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
CDJ-C26	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux usagers	5/5	Organisation	
CDJ-C27	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux usagers, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	5/5	Ethique	



CDJ-C28	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'utilisateur, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	
CDJ-C29	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	5/5	Gestion des réclamations	0 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 5 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C30	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	
CDJ-C31	L'utilisateur a accès à des moyens assurant la communication interne et externe (télévision, téléphone, connexion WIFI, ...)	5/5	Infrastructure	
CDJ-C32	Existence d'un plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires) pour le centre de jour pour personnes âgées	1/1	Hygiène et sanitaire	
CDJ-C33	Le personnel applique le plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires) pour le centre de jour pour personnes âgées	1/5	Hygiène et sanitaire	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
CDJ-C34	Existence d'un concept permettant à l'utilisateur de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour pour personnes âgées	1/1	Sécurité	
CDJ-C35	Le personnel applique le concept permettant à l'utilisateur de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Sécurité	

d) Enquête de satisfaction auprès des usagers

CDJ-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contrat de prise en charge qui lui a été expliqué	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
CDJ-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le règlement d'ordre intérieur qui lui a été expliqué	5/5	Admission et accueil	
CDJ-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan de vie individuel	4/5	Plan de vie individuel	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
CDJ-D4	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement de la planification hebdomadaire/ mensuelle des activités	4/5	Participation, animation et vie sociale	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D5	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement des menus de la semaine	2/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
CDJ-D6	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
CDJ-D7	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	5/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D8	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	NA	Ethique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 9 non applicable(s))
CDJ-D9	L'utilisateur est satisfait de l'entretien du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	



CDJ-D10	L'utilisateur est satisfait de la qualité du nettoyage du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Hygiène et sanitaire	
CDJ-D11	L'utilisateur est satisfait de l'entretien des lieux du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	
CDJ-D12	L'utilisateur est satisfait de l'hygiène des sanitaires	3/5	Hygiène et sanitaire	
CDJ-D13	L'utilisateur est satisfait de la température au sein du centre de jour pour personnes âgées	5/5	Infrastructure	
CDJ-D14	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication à sa disposition	4/5	Infrastructure	
CDJ-D15	L'utilisateur a accès à des activités qui correspondent à ses intérêts et besoins	5/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-D16	Le personnel est à l'écoute de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D17	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D18	Le personnel motive l'utilisateur à participer à des activités adaptées à ses intérêts et besoins	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-D19	Le personnel est respectueux envers l'utilisateur	4/5	Bienveillance	
CDJ-D20	Le personnel respecte le plan de vie individuel de l'utilisateur	5/5	Plan de vie individuel	
CDJ-D21	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D22	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
CDJ-D23	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	4/5	Bienveillance	
CDJ-D24	Le personnel réagit en temps utile aux appels d'urgence de l'utilisateur	5/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
CDJ-D25	Le chargé de direction veille au bon fonctionnement du centre de jour pour personnes âgées	3/5	Organisation	
CDJ-D26	L'utilisateur est satisfait des horaires de prise de repas	5/5	Repas	
CDJ-D27	L'utilisateur est satisfait de la variété des repas	2/5	Repas	
CDJ-D28	L'utilisateur est impliqué dans le choix des menus	3/5	Repas	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
CDJ-D29	L'utilisateur est satisfait de la présentation des repas	5/5	Repas	
CDJ-D30	L'utilisateur est satisfait de la qualité des repas	4/5	Repas	
CDJ-D31	L'utilisateur est satisfait de la quantité des repas	5/5	Repas	
CDJ-D32	L'utilisateur est satisfait du goût des repas	4/5	Repas	
CDJ-D33	L'utilisateur est satisfait de la température des repas	5/5	Repas	
CDJ-D34	L'utilisateur est satisfait du service des repas	5/5	Repas	
CDJ-D35	Le personnel tient compte de ses besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))



CDJ-D36	L'utilisateur est satisfait du programme des activités	3/5	Participation, animation et vie sociale	
CDJ-D37	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins administrés	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
CDJ-D38	L'utilisateur obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte	5/5	Organisation	
CDJ-D39	L'utilisateur a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
CDJ-D40	L'utilisateur, son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du centre de jour pour personnes âgées ou l'encadrement de l'utilisateur	4/5	Organisation	



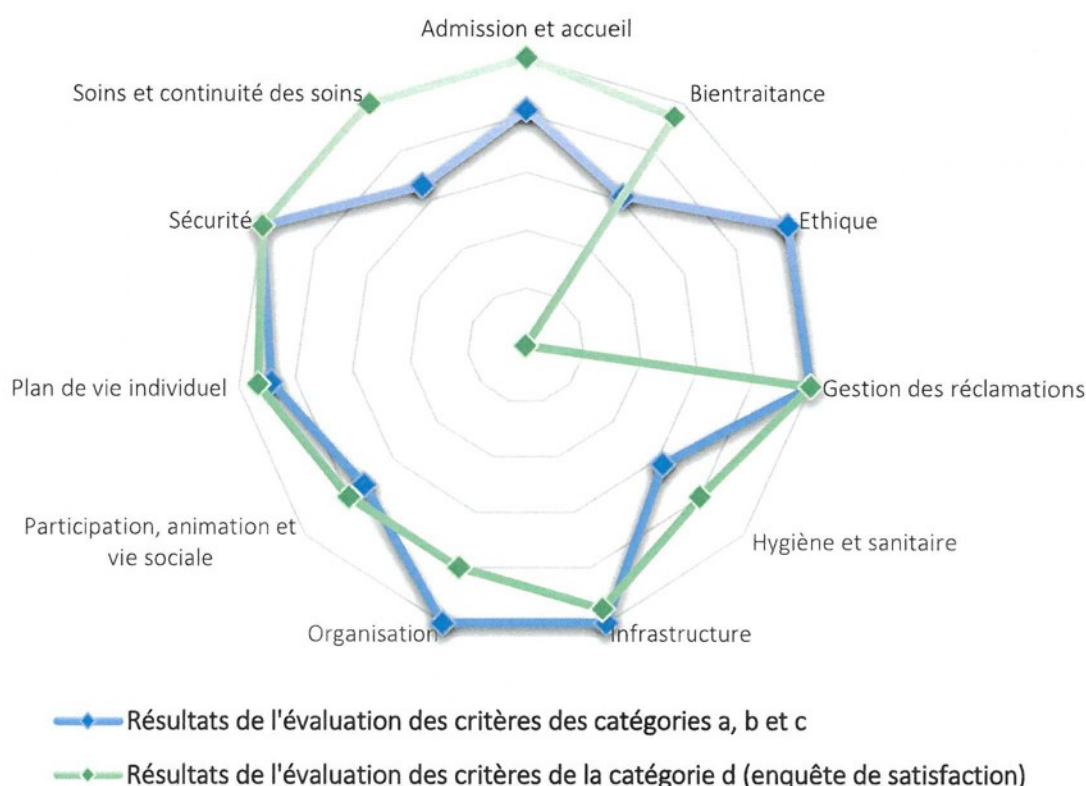
1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

1.2.1. Analyse des résultats par domaine

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

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

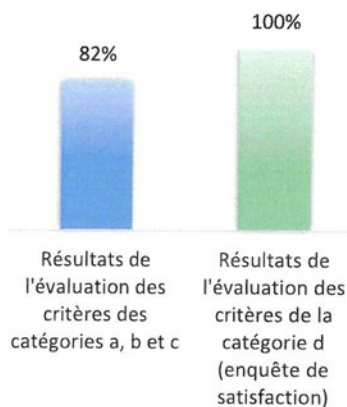
Le domaine « repas », à différencier de la catégorie « repas » définie dans la loi précitée du 23 août 2023, couvre la restauration et ses différents aspects (service, choix des menus...).



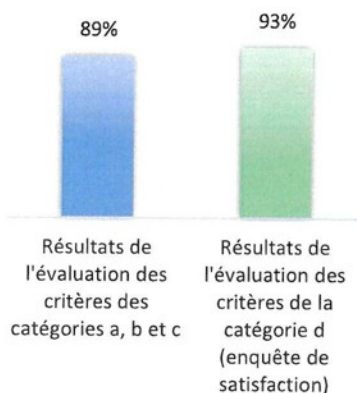
La cellule Qualité observe une certaine homogénéité dans les notes attribuées par les usagers. La cellule a pu interroger seulement 9 personnes sur base du volontariat, eu égard à la taille du service. Globalement, les notes attribuées par les agents de la cellule sont satisfaisantes, même si quelques points d'amélioration, détaillés ci-dessous, se dégagent de l'évaluation.



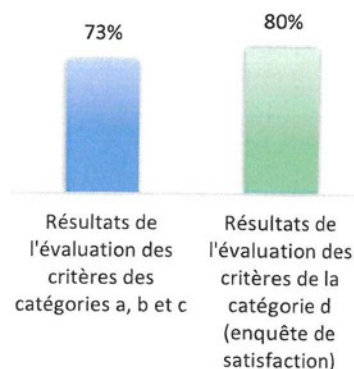
1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel



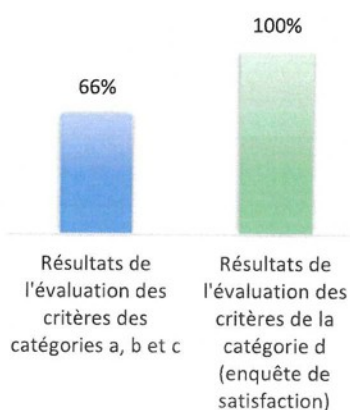
3. Participation, animation et vie sociale



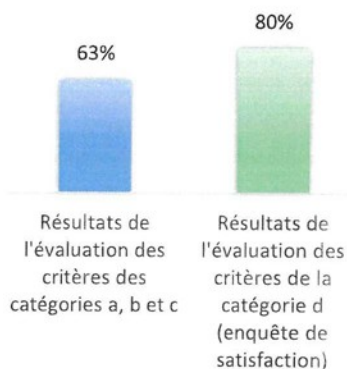
4. Repas



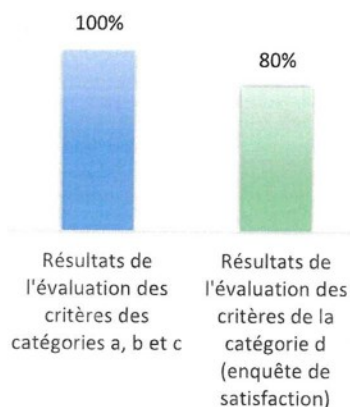
5. Soins et continuité des soins



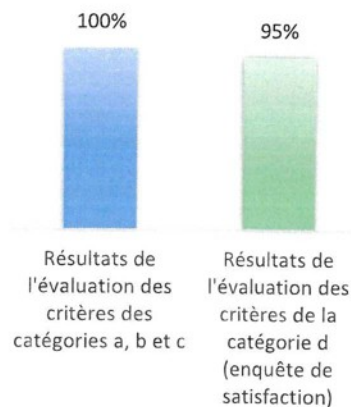
6. Hygiène et sanitaire



7. Organisation



8. Infrastructure





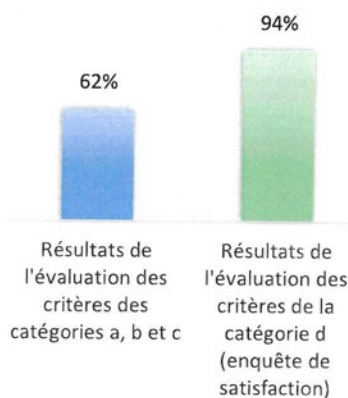
9. Sécurité



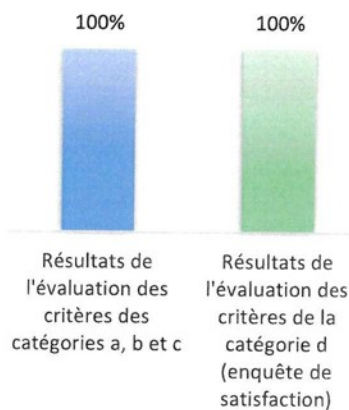
10. Ethique



11. Bientraitance



12. Gestion des réclamations



13. Dossier individuel



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

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de procédures écrites d'accueil du nouvel usager et d'admission a été avisée. La mise en application des deux procédures a été évaluée. Les résultats sont satisfaisants. L'évaluation de la procédure d'accueil a porté sur la traçabilité de différents aspects liés à l'arrivée d'un nouvel usager, notamment l'organisation et la documentation d'un « Schnupperdag » (journée d'essai), ainsi que la tenue, dans les quatorze premiers jours, d'un échange entre la coordination et la famille ou les proches de l'usager, dans le but de vérifier que le service répond bien aux attentes du client.



Bien que certaines informations aient parfois été difficiles à localiser, seules deux situations ont été relevées où aucune des preuves recherchées n'a pu être retrouvée. L'évaluation de la mise en application de la procédure d'admission s'est révélée très satisfaisante, les agents ayant pu retrouver l'ensemble des informations demandées.

Les contrats de prise en charge actuellement en vigueur ne sont pas entièrement conformes aux dispositions de la prédite loi modifiée du 23 août 2023. Cette situation concerne principalement les usagers pris en charge avant l'entrée en vigueur de la loi. Néanmoins, le gestionnaire a fait un effort notable pour renforcer la communication avec ces clients en leur transmettant davantage d'informations, même si cela n'a pas encore été formalisé contractuellement comme l'exige désormais la législation.

Pour les usagers arrivés depuis l'année dernière, les contrats établis respectent les dispositions légales actuelles et répondent aux exigences de la loi modifiée du 23 août 2023.

Lors des entretiens avec les usagers, les agents ont demandé si l'utilisateur (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat de prise en charge et du règlement d'ordre intérieur sur base des explications données. Les usagers qui ont souhaité s'exprimer sur cette thématique ont indiqué être très satisfaits des explications fournies par le prestataire.

- « **Plan de vie individuel** » : le plan de vie individuel est au cœur de la prise en charge de l'utilisateur. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une idée globale, notamment la prise en compte d'éléments comme les mises à jour en cas de changements, l'état de santé de l'utilisateur, ses capacités cognitives, son degré de dépendance, ses volontés et préférences personnelles, la biographie, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte son plan de vie individuel. L'étude des dossiers a mis en évidence une bonne connaissance des usagers et de leur parcours, ainsi qu'un niveau de documentation satisfaisant. L'équipe veille à consigner les principaux éléments attendus, tels que les résultats de tests et les réévaluations de l'état de santé. Les volontés et préférences individuelles y sont également bien renseignées.

Il a toutefois été relevé que le travail biographique, bien qu'existant, pourrait être davantage développé afin de renforcer encore la personnalisation de l'accompagnement et de l'expérience de l'utilisateur. Dans cette optique, un projet participatif impliquant les usagers, leurs proches et leurs familles sera prochainement mis en place. Ce projet vise à créer une boîte à souvenirs personnelle destinée à compléter le travail biographique déjà existant et à favoriser son intégration dans la démarche de soins.

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



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

Le programme d'animation et de vie sociale est affiché dans le centre de jour. Le concept ou la procédure garantissant l'implication de l'utilisateur dans la vie et le développement du service n'est actuellement pas formalisé. Lors des échanges avec les usagers notamment, il ressort que ces derniers ne connaissent pas tous les moyens selon lesquels ils peuvent participer à la vie et au développement du centre de jour. En effet, plusieurs usagers ont indiqué ne pas connaître le programme d'animation et de vie sociale. Parmi ceux qui ont souhaité s'exprimer sur leur implication dans l'établissement de la planification hebdomadaire / mensuelle des activités, environ la moitié se dit satisfaite et estime être impliquée dans la planification des activités, tandis que l'autre moitié indique pouvoir formuler des propositions, mais constate que celles-ci ne sont généralement pas mises en œuvre.

Les usagers indiquent que les activités proposées correspondent globalement à leurs intérêts et à leurs besoins et se déclarent dans l'ensemble satisfaits du programme. Cependant, certains usagers ont exprimé le souhait de disposer d'une plus grande variété d'activités, ainsi que d'activités présentant davantage de défis ou de nouveautés. Par ailleurs, les dispositifs visant à impliquer les usagers dans l'établissement du programme d'animation et de vie sociale ne semblent pas être pleinement fonctionnels. Plusieurs usagers n'ont pas souhaité s'exprimer à ce sujet, tandis que d'autres indiquent formuler des propositions qui ne sont pas toujours prises en compte par la suite.

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

- *Implication dans l'établissement des menus de la semaine et choix des menus* : insatisfaisant. Plusieurs usagers ont indiqué ne pas se sentir impliqués dans l'élaboration des menus hebdomadaires et semblent ne pas savoir qu'ils ont la possibilité de choisir parmi plusieurs options ;
- *Horaires de prise des repas* : très satisfaisant ;
- *Variété* : insatisfaisant. Les usagers interrogés souhaiteraient une plus grande diversité dans les plats proposés chaque semaine ;
- *Présentation* : très satisfaisant. Les usagers ont souligné l'effort notable du personnel afin de rendre les repas visuellement attractifs ;
- *Qualité* : satisfaisant, bien qu'une minorité des usagers aient signalé que la viande n'est pas toujours suffisamment tendre ;
- *Quantité* : très satisfaisant ;
- *Goût* : très satisfaisant ;
- *Température* : très satisfaisant ;
- *Service* : très satisfaisant.



- « **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* et choix des menus : il existe une procédure écrite concernant la documentation des soins. L'évaluation de sa mise en application n'indique aucun écart ;
- *Hydratation et nutrition (dont besoins spécifiques)* : l'usager a droit à des repas adaptés à ses besoins de santé (pathologies de déglutition, intolérances, ...). Le service a défini un concept de nutrition et d'hydratation ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'usager à un transfert vers le milieu hospitalier, ainsi que les communications auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence en milieu hospitalier ou lors du retour de l'usager, la cellule a évalué la mise en application des procédures relatives à la communication lors des hospitalisations, qu'il s'agisse d'un transfert en urgence ou du retour au domicile. Il a été constaté que la documentation ne permettait pas toujours d'attester que les proches ou le médecin traitant avaient été informés, cette information étant parfois absente ou insuffisamment renseignée dans les transmissions. Concernant la procédure de préparation d'un usager transféré vers le milieu hospitalier, les transmissions de sortie étaient globalement renseignées et la fiche de transfert complétée dans la majorité des cas. Toutefois, certaines fiches ne comportaient pas l'ensemble des informations requises, d'autres n'étaient pas correctement enregistrées, et la traçabilité de la notification à l'infirmier de liaison n'était pas systématiquement retrouvée. Ces éléments ont conduit à une perte de points ;
- *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.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur la prise en compte de leurs besoins de nutrition et d'hydratation spécifiques, sur la qualité des soins leur administrés, et l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Ils sont très satisfaits des soins et de la prise en charge par le personnel.

- « **Hygiène et sanitaire** » : les agents de la cellule ont vérifié la mise en application de différentes procédures, à savoir la procédure de prévention et de lutte contre les infections, la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires et du plan de nettoyage existant, détaillant les règles d'hygiène et sanitaires à respecter pour le centre de jour. Les consignes relatives à la prévention et à la lutte contre les infections, ainsi que le plan de nettoyage, sont respectées et correctement appliquées par le personnel. Toutefois, quelques incohérences dans la traçabilité du nettoyage de certains outils ont été relevées, ce qui a conduit à une légère perte de points.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur différents points :

- *Qualité du nettoyage du centre de jour* : très satisfaisant ;
- *Hygiène des sanitaires* : satisfaisant, mais une minorité d'usagers interrogés a indiqué rencontrer occasionnellement des situations de saleté, ce qui a conduit à une légère diminution de la note attribuée à ce critère.



- « **Organisation** » : La cellule Qualité a constaté que les éléments devant faire l'objet d'un affichage et / ou d'une communication sont conformes aux dispositions demandées dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 : l'organigramme (à jour) a bien été communiqué au personnel et aux usagers. Les agents ont constaté que certains usagers pouvaient rencontrer des difficultés pour y accéder facilement. Bien que cette communication ait été effectuée, les responsables ont indiqué leur intention de le rendre davantage visible au centre de jour afin de faciliter sa consultation par tous. Un plan de formation du personnel existe également.

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

- *Chargée de direction* : elle veille au bon fonctionnement du service, mais quelques usagers apprécieraient plus d'interaction avec la chargée de direction au quotidien. Les usagers se déclarent globalement satisfaits et indiquent être informés, souvent de manière orale, des changements impactant le fonctionnement du centre de jour ou l'encadrement de l'utilisateur ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte* : très satisfaisant.

- « **Infrastructure** » : les usagers ont accès à des moyens assurant la communication interne et externe. Les journaux quotidiens, une télévision ainsi que l'accès internet font partie des canaux de communication. Les usagers ont indiqué que la qualité de ces moyens de communication à leur disposition personnelle était satisfaisante, bien que quelques usagers aient exprimé leur désir de pouvoir profiter davantage de la télévision.

Les usagers interrogés ont partagé leur point de vue sur l'entretien du centre de jour (lieux, matériel...) et ont exprimé leur grande satisfaction.

Enfin, les usagers sont très satisfaits de la température à l'intérieur du centre de jour.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, fugue ou usager porté disparu, et l'existence d'un concept permettant à l'utilisateur de circuler de manière sécurisée sur le site du centre de jour. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents de la cellule ont constaté que les procédures concernées sont correctement appliquées, aucune non-conformité n'a été relevée.

Le personnel a également été interrogé pour évaluer sa connaissance du règlement de sécurité et du plan d'intervention. Le personnel interrogé a su répondre de manière adéquate aux questions des agents.

Les usagers interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel à leurs appels d'urgence. Parmi ceux qui ont souhaité répondre, l'ensemble a indiqué être très satisfait, estimant que le personnel intervient rapidement lorsqu'un appel d'urgence est émis.

- « **Éthique** » : la cellule Qualité a vérifié que la procédure de saisine du comité d'éthique avait bien été communiquée aux usagers, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel, via un courrier.

En parallèle, les agents ont interrogé les usagers sur leur niveau de satisfaction concernant la procédure de saisine du comité d'éthique. Les usagers n'ont pas souhaité se prononcer, indiquant manquer de connaissances ou rencontrer des difficultés de compréhension liées à cette thématique. Il serait opportun que le gestionnaire clarifie auprès des usagers le rôle et les modalités de saisine du comité d'éthique, afin de renforcer leurs connaissances sur le sujet.



- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'utilisateur à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'utilisateur, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. Dans le cadre du respect de la volonté de l'utilisateur notamment, la cellule a recherché la présence de la fiche d'autorisation pour la diffusion de l'image en cas de fugue, rattachée aux fiches signalétiques, pour les utilisateurs présentant un risque de fugue. Certains dossiers contiennent des versions différentes de la fiche de fugue, pour lesquelles le formulaire d'autorisation n'était pas annexé contrairement aux dispositions documentaires du service. Ce constat a entraîné une perte de points.

En revanche, la vérification de l'application de la procédure de bientraitance a donné des résultats entièrement satisfaisants. Les échanges annuels entre la famille, l'utilisateur et le prestataire sont régulièrement réalisés, favorisant une implication active de toutes les parties et recueillant leur avis sur l'expérience au centre de jour. Hormis l'écart constaté concernant la fiche d'autorisation, la cellule n'a relevé aucun autre manquement aux dispositions documentaires.

Les utilisateurs interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur vie privée, de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté ainsi que sur le respect en général du personnel à leur égard. Les agents souhaitent aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à l'écoute de leurs proches. Il en ressort que les utilisateurs se déclarent très satisfaits, attribuant majoritairement la note maximale aux réponses relatives à cette thématique, reflétant une perception positive du personnel.

- « **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 utilisateurs, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis si elle était correctement appliquée. Les procédures et moyens de communication en cas de réclamations sont en place et ont été communiqués aux utilisateurs. Les réclamations sont analysées et font l'objet d'une réponse dans un délai raisonnable. Bien que les agents n'aient pu identifier que cinq réclamations, le traitement observé apparaît correct et adéquat, la proportionnalité ayant été prise en compte dans le calcul des points de ce critère.

Les agents de la cellule ont demandé aux utilisateurs leur opinion concernant la procédure de réclamation : la grande majorité du panel interrogé n'a pas encore eu besoin d'introduire une réclamation. Et s'ils en devraient faire une un jour, ils indiquent connaître la démarche à suivre.

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

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



1.2.2. Identification des axes forts et des axes de progrès

Axes forts :

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

- la structure dispose d'un dispositif de formation continue solide et veille à l'intégration complète de chaque nouveau collaborateur. Ces actions assurent un niveau de compétences homogène et adapté aux besoins du service, favorisant la cohérence des pratiques et le même fonctionnement dans l'ensemble des centres de jour du gestionnaire. Cette approche renforce la qualité des prestations et permet une continuité dans l'accompagnement des usagers ;
- la documentation des dossiers constitue un point fort du centre, étant globalement bien tenue et complète. Certains éléments complémentaires, tels que le suivi des activités ou le travail biographique, sont moins systématiquement consignés et pourraient être davantage structurés afin de renforcer le suivi global des usagers.

Axes de progrès :

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

- la documentation et la transmission de l'information, notamment concernant le retour des hospitalisations, présentent certaines lacunes et pourraient être renforcées auprès des équipes. Le prestataire considère la documentation comme une responsabilité collective, sans toutefois définir précisément les obligations spécifiques selon le type de service. La responsabilité partagée implique que l'ensemble de l'équipe s'assure que l'information circule correctement et que le suivi soit garanti, ce point étant pris en compte lors de l'évaluation ;
- la formalisation des processus permettant aux usagers de contribuer à la vie et au développement du centre pourrait être renforcée. La cellule a constaté qu'aucun document officiel ne précise les modalités de cette participation. Cette absence se reflète également dans les résultats de l'enquête de satisfaction, les usagers exprimant un manque de connaissance sur les possibilités de s'impliquer, que ce soit dans l'établissement des programmes d'activités ou dans le choix des menus. Par ailleurs, certains usagers ont exprimé le souhait d'une plus grande variété dans les repas, soulignant l'importance d'intégrer leurs avis de manière structurée.



2. Conclusion

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

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

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

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

Seuls les appréciations portant **sur les catégories** ont un impact quant à la soumission d'un programme de remédiation.

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission et accueil de l'usager et plan de vie individuel	40 / 46	Bien
Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale	13 / 17	Satisfaisante
<i>Participation, animation et vie sociale</i>	11 / 15	<i>Satisfaisante</i>
<i>Repas</i>	2 / 2	<i>Excellente</i>
Mise en œuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel	98 / 123	Satisfaisante
Enquête de satisfaction auprès des usagers	173 / 195	Bien

Aucune catégorie n'ayant reçu l'appréciation « insuffisante », l'organisme gestionnaire ne doit soumettre aucun programme de remédiation, conformément à l'article 43(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 28.11.2025

Rédacteur : Nuri LEIRO - Evalueur Qualité

Relecteur: Laura MUCK - Responsable de la cellule Qualité

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

Claude WAGENER

Conseiller



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 Stëftung Hëllef Doheem

Service évalué : Aalbach (agrément PA/07/04/044)

Date de l'évaluation : 07/10/2025

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) ?	Au titre d'observation générale, nous constatons que le « rapport détaillé » ne fournit pas suffisamment d'informations écrites au lecteur sur les écarts constatés par la Cellule Qualité du MiFa vis-à-vis des points de contrôle qu'elle a mis en place et sur l'impact que ces écarts ont en termes de cotation. Cela ne permet pas à l'organisme gestionnaire d'engager toutes les mesures correctrices appropriées pour assurer l'amélioration continue de la qualité de ses prestations et - en cas de divergence de vues – d'exercer, le cas échéant, ses droits de défense.
Catégorie : a) Admission et accueil de l'utilisateur et plan de vie individuel		Les clients dont la prise en charge a débuté avant l'entrée en vigueur de la

Sous-catégories : le personnel applique la procédure écrite d'accueil de l'utilisateur	CDJ-A3	nouvelle loi relative à la qualité des services pour personnes âgées, n'ont pas été invités à signer un nouveau contrat de prise en charge. Un renouvellement systématique de chaque contrat ne nous paraît pas obligatoire. Face au nombre élevé de clients, nous avons privilégié une approche plus efficiente et écologique, consistant dans l'envoi de lettres explicatives aux clients et à leurs proches, détaillant l'essentiel des nouvelles dispositions légales et renvoyant au site internet de la Stëftung Hëllef Doheem où un modèle du nouveau contrat est consultable. Des explications sur son contenu ont été fournies aux clients. Les entretiens menés par les évaluateurs du MIFA auprès de nos clients ont confirmé que ceux-ci se déclarent très satisfaits des explications fournies concernant les nouvelles dispositions contractuelles.
Catégorie : b) Prestations et services dans les domaines de la participation, de l'animation et de la vie sociale. Sous-catégories : Participation, animation et vie sociale - Existence d'un concept écrit ou d'une procédure écrite garantissant l'implication de l'utilisateur dans la vie et dans le développement du centre de jour pour personnes âgées - L'utilisateur connaît les moyens selon lesquels il peut participer à la vie et au développement du centre de jour pour personnes âgées.	CDJ-B1 CDJ-B2	L'implication des clients chez la Stëftung Hëllef Doheem ne repose pas sur une procédure unique, mais s'inscrit dans un cadre structurant reposant sur plusieurs documents écrits de référence, tels que le projet d'établissement, concept de soins, concept d'organisation des activités... . Les enquêtes de satisfaction menées par les évaluateurs du MIFA auprès de nos clients ont confirmé leur pleine satisfaction vis-à-vis des activités proposées, lesquelles répondent à leurs besoins et à leurs centres d'intérêt. Afin de répondre de manière encore plus ciblée aux attentes des clients, les dispositifs existants seront revus, de façon à s'assurer que la participation des clients à l'élaboration du programme d'activités et à l'élargissement de la diversité de l'offre soit le plus efficiente possible.
Catégorie : c) Mise en œuvre du règlement général du centre de jour pour personnes âgées et dossier individuel : le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé	CDJ-C5	La bientraitance est un principe essentiel du concept de soins de la Stëftung Hëllef Doheem et fait partie intégrante des valeurs, lignes directrices et du code qualité des collaborateurs. Les évaluateurs ont confirmé son application quotidienne par les équipes.

de son domicile , l'intimité, la dignité et la volonté de l'usager		Le score plus faible obtenu sur ce point s'explique uniquement, en cas de fugue d'un client, par l'absence d'un formulaire signé par le client ou son représentant permettant la diffusion de l'image et des données du client souffrant de démence. Or, la loi n'exige pas de formulaire signé. Le modèle de formulaire élaboré par le Ministère de la Famille et par la Police Grand-ducale ne prévoit d'ailleurs pas la signature du client ou de son représentant ! L'absence d'un formulaire signé ne remet absolument pas en cause la bientraitance que la Stëftung Hëllef Doheem pratique au quotidien et qui reste au cœur de notre accompagnement et repose sur le respect de la dignité, de l'intégrité et du bien-être des clients. Lors des enquêtes de satisfaction menées par les évaluateurs du MIFA, les clients ont exprimé une satisfaction maximale quant à la qualité de la bientraitance dont ils bénéficient.
le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le milieu hospitalier	CDJ-C13	
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	CDJ-C15	
le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	CDJ-C16	En 2001, la Stëftung Hëllef Doheem a été le premier réseau d'aide et de soins à instaurer des « Infirmiers de liaison » dans les hôpitaux. Ils assurent dans l'intérêt du client, la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile et organisent le retour à domicile en concertation avec le client et ses proches. Présents sur tous les sites hospitaliers, ils transmettent, avec l'accord du client, les informations nécessaires pour garantir une prise en charge adaptée et sécurisée, conforme aux besoins individuels, et coordonnée entre les équipes hospitalières et la Stëftung Hëllef Doheem. Cette démarche repose sur une coopération étroite et permanente entre les équipes hospitalières, les équipes de la Stëftung Hëllef Doheem, les infirmières de liaison, les familles et les médecins traitant. Cette coopération et la communication sous-jacente sont appliquées avec succès lors des

le personnel applique le plan de nettoyage (règles d'hygiène et sanitaires) pour le centre de jour pour personnes âgées	CDJ-C33	transferts entre le domicile / centre de jour et l'hôpital, mais ne sont pas toujours documentées à suffisance par écrit. Des mesures complémentaires ont été mises en place afin de renforcer la traçabilité de la documentation des démarches entreprises dans le dossier de soins. La Stëftung Hëllef Doheem veille à ce que les collaborateurs ainsi que les prestataires externes respectent les procédures de prévention et de lutte contre les infections, respectent les règles d'hygiène et sanitaires, et se conforment au plan de nettoyage du centre de jour. Afin d'assurer une conformité optimale, la Stëftung Hëllef Doheem renforcera ses contrôles portant à la fois sur la qualité de la prestation et sur la traçabilité de la documentation tenue par le prestataire externe chargé de l'entretien du centre de jour.
L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	CDJ-D8	Le fonctionnement et la procédure de saisine du comité éthique, instauré dès 2010 au sein de la Stëftung Hëllef Doheem, ont été présentés à plusieurs reprises aux clients, à leurs proches ainsi qu'aux collaborateurs dans le cadre de différentes campagnes d'information. Des communications écrites ont également été diffusées tant aux clients qu'aux collaborateurs, afin de faire connaître l'existence et le rôle du Comité d'éthique, tandis que des explications orales ont été données afin de renforcer la compréhension. Si un client ne sait pas où s'adresser pour une problématique relevant d'un questionnement éthique, nos équipes peuvent l'orienter vers le comité éthique. En outre, de nouvelles actions d'information sont prévues afin de sensibiliser davantage encore les clients et leurs proches à cette thématique.

Date et signature :

12.12.2025

 Benoît HOLZEM
 Directeur Général