



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	13/04/2026 (Interviews entre le 17/03/2026 et le 15/04/2026)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation Stëftung Hëllef Doheem
Adresse	48A, avenue Gaston Diderich L-1420 LUXEMBOURG
Nom du Service	Réseau d'aides et de soins à domicile Stëftung Hëllef Doheem
Adresse	48A, avenue Gaston Diderich L-1420 LUXEMBOURG
Numéro agrément en vigueur	PA/00/11/001
Agents ayant réalisé l'évaluation	Luana BUSO Georges BARTHELEMY Sandy RAACH Liliane GOMES Nuri LEIRO Mélissa BANREZES Véronique TOUSSAINT

Introduction

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

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

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

- 1° Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur ;*
- 2° Fourniture des prestations et services définis à l'article 18 ;*
- 3° Mise en œuvre du projet d'établissement défini à l'article 24 ainsi qu'établissement et gestion du dossier individuel défini à l'article 27 ;*
- 4° Degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services définis à l'article 18 et au projet d'établissement défini à l'article 24.*



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

Objectifs du rapport

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

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

Préparation de l'évaluation

Documentation

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

Organisation des interviews

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

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

69 personnes ont été présélectionnées et parmi ce panel, 20 personnes ont répondu au questionnaire.

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

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



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

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

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

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

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



1. Présentation des résultats et analyse détaillée

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

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

Cas particuliers

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

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

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

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

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



1.1. Détails des notes

		Point(s) de qualité attribués	Domaine	Observations
a) Catégorie : Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur				
RAS-A1	Existence d'une procédure écrite d'admission (admission préventive et urgente) du nouvel usager	1/1	Admission et accueil	
RAS-A2	La procédure écrite d'admission des usagers est appliquée	5/5	Admission et accueil	
RAS-A3	Le plan individuel de prise en charge tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A4	Le plan individuel de prise en charge tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A6	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan individuel de prise en charge de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A7	Existence d'un contrat de prise en charge signé à jour	1/5	Admission et accueil	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
b) Catégorie : Fourniture des prestations et services				
RAS-B1	Existence d'une procédure écrite de la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	1/1	Plan individuel de prise en charge	
RAS-B2	Le personnel applique la procédure écrite concernant la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	3/5	Plan individuel de prise en charge	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B3	Le cas échéant, le plan individuel de prise en charge tient compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-B4	Existence d'une procédure écrite concernant la documentation des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B5	Le personnel applique la procédure écrite concernant la documentation des soins	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-B6	Existence d'une procédure écrite assurant la continuité des soins	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B7	Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B8	Existence d'une procédure d'annulation d'un passage	1/1	Organisation	
RAS-B9	Le personnel applique la procédure d'annulation d'un passage	5/5	Organisation	



RAS-B10	Existence d'une procédure en cas de retard pour un passage	1/1	Organisation	
RAS-B11	Le personnel applique la procédure en cas de retard pour un passage	5/5	Organisation	
RAS-B12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B14	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	1/1	Sécurité	
RAS-B15	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	3/5	Sécurité	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B16	Existence d'une procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	1/1	Sécurité	
RAS-B17	Le personnel applique la procédure écrite en cas d'un usager porté disparu	5/5	Sécurité	
RAS-B18	Existence d'un organigramme à jour	1/1	Organisation	
RAS-B19	L'organigramme a été communiqué au personnel et aux usagers	5/5	Organisation	

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

RAS-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'usager**	5/5	Dossier individuel	
RAS-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la vie privée de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter le caractère privé du domicile de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C5	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C7	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'usager, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'usager	4/5	Bienveillance	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C8	Le personnel applique la procédure écrite de prévention et de lutte contre les infections	5/5	Hygiène et sanitaire	
RAS-C9	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	5/5	Hygiène et sanitaire	



RAS-C10	Existence d'un concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C11	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C12	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/5	Soins et continuité des soins	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C13	Existence d'une procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C14	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	0/5	Soins et continuité des soins	5 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C15	Le personnel applique le concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-C16	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	3/5	Soins et continuité des soins	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C17	Le personnel applique la procédure écrite de bientraitance	5/5	Bientraitance	
RAS-C18	La procédure de saisine du comité d'éthique a été communiquée aux usagers, leurs représentants légaux, leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel	5/5	Éthique	
RAS-C19	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'utilisateur, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	5/5	Gestion des réclamations	
RAS-C20	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	5/5	Gestion des réclamations	
RAS-C21	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	

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

RAS-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat de prise en charge et le devis suite aux explications données	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 7 non applicable(s))
RAS-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du projet d'établissement suite aux explications données***	5/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge*	3/5	Plan individuel de prise en charge	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D4	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bientraitance	



RAS-D5	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	3/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 8 non applicable(s))
RAS-D6	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	5/5	Éthique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 19 non applicable(s))
RAS-D7	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication avec le gestionnaire	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D8	Le personnel est à l'écoute de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D9	Le personnel est à l'écoute des proches de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 10 non applicable(s))
RAS-D10	Le personnel est respectueux envers les usagers	4/5	Bienveillance	
RAS-D11	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D12	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 non applicable(s))
RAS-D13	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D14	Le personnel respecte le caractère privé du domicile de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D15	Le personnel réagit en temps utile aux appels de l'utilisateur	5/5	Sécurité	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 4 non applicable(s))
RAS-D16	Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	2/5	Organisation	
RAS-D17	L'utilisateur est satisfait des horaires convenus pour sa prise en charge	4/5	Organisation	
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
RAS-D19	L'utilisateur obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile	5/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 5 non applicable(s))
RAS-D20	L'utilisateur a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))
RAS-D21	L'utilisateur et le cas échéant son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aide et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 2 non applicable(s))

* au lieu de « dossier individuel »

** au lieu de « le personnel applique le plan de vie de prise en charge par l'utilisateur »

*** au lieu de « règlement d'ordre intérieur »

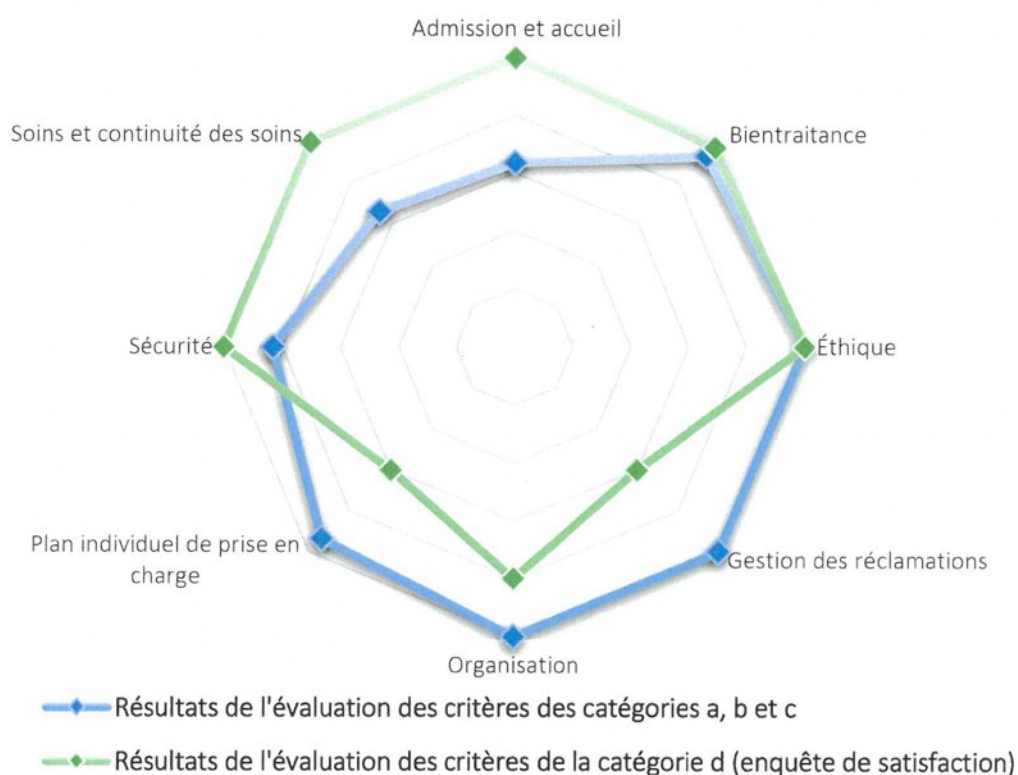


1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

1.2.1. Analyse des résultats par domaine

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

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



La cellule Qualité constate, à travers l'analyse des différents graphiques ci-dessous, que la perception des usagers ne concorde pas toujours avec les observations réalisées par les agents de la cellule Qualité lors de l'évaluation sur site des différents documents. L'existence des procédures et concepts requis dans le cadre de la loi qualité a pu être vérifiée et validée. Afin d'évaluer leur mise en application concrète, un échantillon de dix dossiers d'utilisateurs pris en charge par le prestataire a été sélectionné sur la base des données issues de quatre centres d'aides et de soins réparties sur l'ensemble du territoire. Dans le cadre de l'enquête de satisfaction, l'échantillon de répondants a également été constitué à partir des données transmises par ces mêmes quatre centres d'aides et de soins. Les usagers interrogés relevaient principalement de deux des quatre antennes concernées par le contrôle. Étant donné le volume important d'utilisateurs pris en charge par le prestataire, la taille de l'échantillon retenu pour l'enquête de satisfaction a été doublée, passant de dix à vingt interviews.



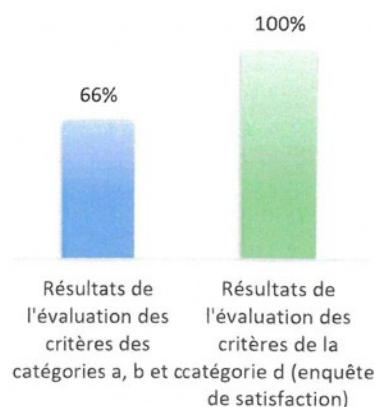
1. Admission et accueil



2. Plan de vie individuel de prise charge



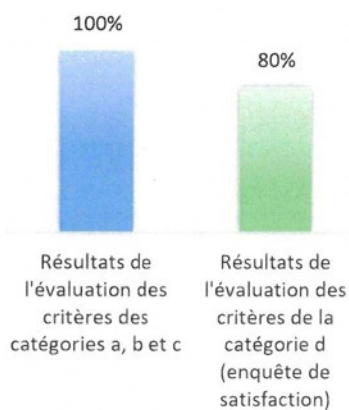
3. Soins et continuité des soins



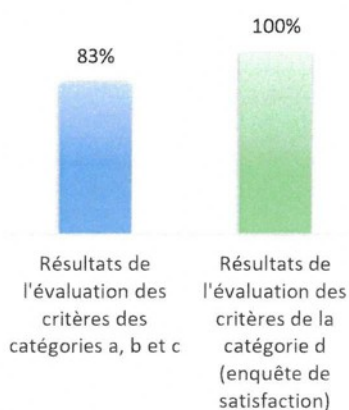
4. Hygiène et sanitaire



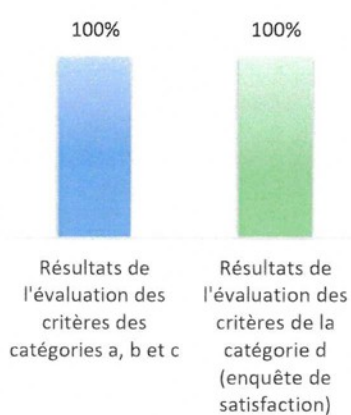
5. Organisation



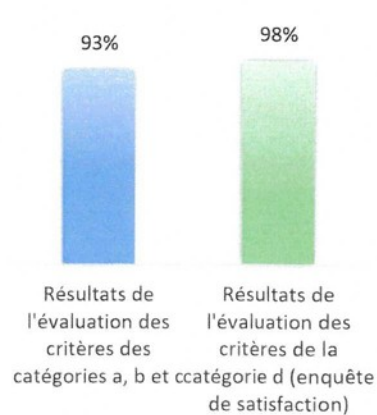
6. Sécurité

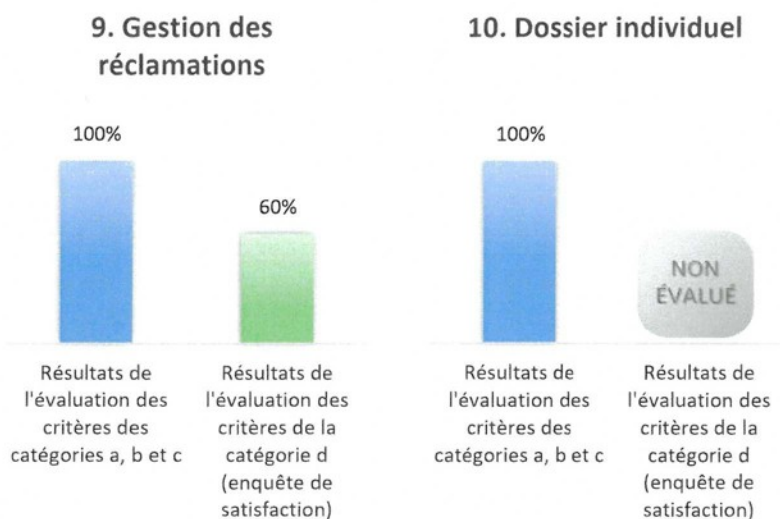


7. Ethique



8. Bienveillance





Les évaluateurs de la cellule Qualité ont établi les points de contrôle selon les documents, procédures et autres concepts applicables à l'ensemble du service. L'échantillonnage des dossiers d'utilisateurs a été réalisé à partir des centres d'aides et de soins de Mamer, Luxembourg-Ouest, Nordstad et Frisange, tandis que les entretiens avec le personnel ont été menés prioritairement au sein de l'antenne de Bertrange. Les informations qui ressortent de l'analyse des interviews comparativement aux données de l'évaluation menée sur base des documents, procédures et autres concepts sont détaillées ci-après.

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence d'une procédure écrite d'admission du nouvel usager a été avisée. Puis, la mise en application de la procédure a été évaluée. Les agents ont vérifié si une évaluation initiale était réalisée lors de la visite d'admission pour les thématiques suivantes : risque de chute, risque d'escarre, douleur et risque de dénutrition. Il ressort des éléments examinés que ces évaluations sont, dans la majorité des dossiers contrôlés, réalisées et tracées au moment de l'admission ou dans un délai rapproché. Quelques écarts ponctuels ont toutefois été relevés. Des variations ont été observées quant au moment de réalisation de certaines évaluations initiales, qui ne coïncident pas toujours strictement avec la visite d'admission. Ces éléments n'altèrent pas la tendance globalement satisfaisante observée, mais appellent à une vigilance accrue quant à la complétude et à la réalisation systématique de l'ensemble des évaluations prévues dès l'admission.

Les contrats de prise en charge ne sont pas conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 : il ressort des éléments analysés que les contrats des usagers du service d'aides et de soins à domicile récemment établis, ainsi que ceux concernant les usagers pris en charge au sein d'un centre de jour pour personnes âgées en plus du volet aides et soins à domicile, ont bien fait l'objet d'une mise à jour et apparaissent globalement conformes aux exigences en vigueur. En revanche, des écarts subsistent dans les cas d'utilisateurs suivis uniquement dans le cadre de l'aide et des soins à domicile, dont la prise en charge a débuté avant l'entrée en vigueur de la prédite loi, pour lesquels les contrats n'ont pas systématiquement été actualisés selon les dispositions légales en vigueur. Néanmoins, le gestionnaire a fourni 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. Les usagers dont la prise en charge a débuté après l'entrée en vigueur de la prédite loi ont des contrats de prise en charge conformes aux dispositions légales.



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 ainsi que le devis, et le contenu du projet d'établissement sur base des explications fournies. S'agissant du contrat de prise en charge et du devis, sept usagers sur vingt n'ont pas souhaité se prononcer ou attribuer de points, en raison du fait qu'ils ne se souviennent plus précisément du contenu du contrat ou ne l'ont pas lu eux-mêmes, souvent en lien avec des problèmes de santé, de mémoire ou de vue, ou parce que les démarches administratives ont été prises en charge par un proche. Il ressort néanmoins des échanges que plusieurs usagers indiquent avoir reçu des explications au moment de la signature. Quelques usagers confirment avoir compris le contenu du contrat et se déclarent satisfaits des explications reçues. S'agissant du projet d'établissement, qui définit le fonctionnement global du service, quatre usagers n'ont pas souhaité se prononcer et un usager n'a pas compris la question malgré plusieurs explications fournies. Les autres usagers se déclarent satisfaits, voire très satisfaits, des explications reçues à ce sujet.

- « **Plan individuel de prise en charge** » : le plan individuel est l'élément central de la prise en charge de l'utilisateur. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour avoir une idée globale. Ils ont vérifié l'existence d'une procédure écrite de mise à jour du plan individuel de prise en charge, puis sa mise en application. Il ressort des éléments examinés que le plan individuel de prise en charge, qui constitue un élément central de l'accompagnement de l'utilisateur, fait l'objet de réévaluations régulières dans la majorité des dossiers contrôlés. Dans plusieurs situations, les mises à jour sont réalisées à une fréquence plus rapprochée que celle prévue par la procédure, laquelle prévoit une réévaluation trimestrielle. Toutefois, des écarts significatifs ont été relevés dans deux des dix dossiers, pour lesquels la réévaluation du plan individuel n'a pas été réalisée pendant une période prolongée, pouvant dépasser six mois au cours de l'année écoulée. Ces situations ont conduit à une non-conformité pour les deux dossiers concernés. Malgré ces écarts, la mise en œuvre de la procédure apparaît globalement satisfaisante, tout en appelant à une vigilance accrue afin de garantir une application homogène et conforme à la périodicité prévue dans l'ensemble des dossiers. Ensuite, ils ont procédé à une analyse de dix dossiers pour évaluer notamment la prise en compte d'éléments comme les capacités cognitives de l'utilisateur, son degré de dépendance, la prise en compte du carnet des soins palliatifs ou des directives anticipées de l'utilisateur ou des dispositions de fin de vie, ou encore ses volontés et préférences personnelles, et enfin, dans quelle mesure le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte son plan de vie individuel.

Les constats de la cellule sont les suivants : les capacités cognitives des usagers sont globalement bien identifiées et documentées. Les éléments disponibles permettent, dans la majorité des cas, d'apprécier de manière pertinente la situation cognitive de l'utilisateur, que ce soit par la mention d'absence de troubles ou par la description détaillée des déficits observés et de leurs manifestations au quotidien. Le degré de dépendance des usagers est également bien pris en compte. Les besoins en matière d'hygiène, d'habillement et de mobilité sont décrits de manière détaillée et cohérente avec les modalités de prise en charge effectivement mises en œuvre, permettant ainsi une bonne compréhension du niveau d'autonomie et des aides nécessaires. Les agents ont pu constater que le service disposait des informations relatives aux directives anticipées et aux dispositions de fin de vie, ce qui a permis l'attribution des points prévus pour ce critère.

Des différences ont toutefois été relevées dans le niveau de détail de la documentation. Dans plusieurs dossiers, les souhaits, valeurs personnelles et réflexions de l'utilisateur concernant une éventuelle situation de fin de vie étaient retracés de manière détaillée, tandis que dans d'autres, la documentation restait plus succincte et se limitait principalement à la mention de l'existence ou de l'absence de directives anticipées. Les agents ont néanmoins pu constater que la thématique était globalement connue et prise en compte par le service, même si la formalisation et l'approfondissement des échanges apparaissent variables selon les situations consultées. Les volontés et préférences personnelles des usagers, notamment en lien avec les habitudes de vie et le sommeil, sont bien documentées. Les éléments relevés témoignent d'une prise en compte individualisée de ces aspects dans l'organisation de l'accompagnement.



Par ailleurs, les échanges avec le personnel ont mis en évidence une bonne connaissance des situations individuelles des usagers. Les informations communiquées lors des entretiens concordaient avec les éléments présents dans les dossiers, traduisant une appropriation satisfaisante des plans de vie individuels par les professionnels en charge.

Lors des échanges avec les usagers interrogés, les agents ont demandé à ces derniers s'ils estimaient être impliqués dans l'établissement de leur plan individuel de prise en charge : les réponses apportées font apparaître des avis partagés. Certains usagers indiquent avoir été impliqués dans l'élaboration de leur plan individuel et précisent que le personnel connaît bien leurs habitudes, leurs préférences et leur mode de vie. Ils estiment que ces éléments sont globalement pris en compte dans la prise en charge. D'autres usagers déclarent ne pas avoir été réellement consultés ou ne pas se souvenir d'un échange spécifique à ce sujet. Plusieurs d'entre eux mentionnent que les interventions se déroulent correctement, mais sans véritable implication de leur part dans la définition du plan de prise en charge.

Par ailleurs, certains usagers soulignent que les fréquents changements de personnel impactent la continuité de la prise en charge et les obligent à répéter leurs besoins et préférences. Il ressort également que la qualité de l'accompagnement peut varier selon les intervenants, certains étant perçus comme plus attentifs à leurs habitudes et attentes que d'autres.

Il convient toutefois de préciser que les appréciations les plus critiques se concentrent au sein d'un même centre d'aides et de soins, tandis que les autres usagers interrogés se déclarent majoritairement satisfaits. Si une partie des usagers estime être suffisamment impliquée dans sa prise en charge et considère que ses préférences sont prises en compte, d'autres expriment un besoin de participation accrue ainsi qu'une plus grande continuité dans les intervenants.

- « **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. L'analyse des dossiers montre que la documentation des plaies est réalisée de manière conforme, incluant la prise de photographies, la description des plaies et la définition d'un protocole de soins. Le suivi est assuré de manière régulière, souvent à chaque passage. Aucun écart n'a été constaté ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. L'évaluation de la mise en application de cette procédure indique que les traitements médicamenteux et les ordonnances sont, dans la majorité des dossiers examinés, à jour et correctement documentés. Les fiches de traitement correspondent globalement aux prescriptions médicales et les ordonnances sont présentes, datées et signées. Toutefois, des écarts ont été relevés dans deux des dix dossiers consultés, pour lesquels certaines ordonnances n'ont pas pu être retrouvées ou ne couvraient pas l'ensemble des traitements administrés ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'usager à un transfert vers le milieu hospitalier et au retour de celui-ci, la cellule a évalué leur mise en application. La cellule a également examiné les procédures relatives à la communication auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence ou lors du retour de l'usager, puis leur mise en application. En ce qui concerne la préparation et le suivi de l'hospitalisation, les éléments examinés montrent que, dans la majorité des situations, les informations relatives à l'hospitalisation et à l'organisation du retour sont bien documentées, notamment au travers de fiches de transmission ou de notes retraçant les adaptations de la prise en charge. Un écart a toutefois été relevé dans un des dix dossiers, pour lequel aucune trace de l'intervention de l'infirmier de liaison n'a pu être retrouvée. S'agissant de la communication lors du transfert en urgence, plusieurs non-conformités ont été constatées. Dans quatre dossiers, la traçabilité de l'information transmise au médecin traitant et/ou aux proches n'a pas pu être retrouvée. Pour la moitié des situations examinées, aucune documentation formelle n'a pu être présentée attestant de l'information du médecin traitant et/ou des proches ;



- *Concepts spécifiques (usagers atteints de démence / prise en charge de la fin de vie)* : l'existence des concepts précités a été constatée. La vérification de leur mise en application a ensuite été réalisée. En ce qui concerne l'accompagnement des usagers atteints de troubles cognitifs, les échanges avec le personnel ont mis en évidence une bonne connaissance des principes du concept, notamment en matière de maintien de l'autonomie, d'adaptation de la communication et de prise en compte des habitudes de vie des usagers. S'agissant de la prise en charge de la fin de vie, les agents ont vérifié la réévaluation régulière des besoins et souhaits des usagers, notamment à travers le suivi de la douleur. Sur ce point, des écarts ont été relevés dans deux dossiers, pour lesquels la fréquence de suivi prévue n'a pas été respectée. Des lacunes de documentation ont été observées, avec des périodes durant lesquelles l'évaluation de la douleur n'a pas été réalisée de manière régulière, y compris à la suite d'un retour d'hospitalisation.

Les vingt usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur leur satisfaction quant à la qualité des soins qui leur sont administrés et sur l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. S'agissant de la qualité des soins, la majorité des usagers se déclare satisfaite de la prise en charge et souligne un accompagnement adapté à leurs besoins. Certains usagers mettent toutefois en évidence une variabilité dans la qualité des soins en fonction des intervenants, notamment lors de l'arrivée de nouveaux collaborateurs, pouvant nécessiter une phase d'adaptation. Concernant l'accès aux soins médicaux, la majorité des usagers indique bénéficier des prestations nécessaires, notamment en matière de gestion médicamenteuse, de prise de paramètres vitaux ou d'interventions infirmières et paramédicales. Les usagers concernés se déclarent globalement satisfaits de cet accompagnement. Deux usagers n'ont pas souhaité répondre ou ne se sentent pas concernés, dans la mesure où ils nécessitent très peu de soins médicaux à ce stade. Dans l'ensemble, les usagers interrogés expriment un niveau de satisfaction élevé, tout en mettant en évidence une certaine dépendance de la qualité perçue aux intervenants.

- « **Hygiène et sanitaire** » : les agents de la cellule ont vérifié la mise en application de différentes procédures, à savoir la procédure de prévention et de lutte contre les infections, et la procédure concernant les règles d'hygiène et sanitaires. Les échanges avec le personnel ont permis de constater une bonne connaissance des règles d'hygiène, notamment en ce qui concerne les moments clés de l'hygiène des mains. Les collaborateurs interrogés ont su identifier de manière adéquate les situations nécessitant un lavage ou une désinfection des mains, telles qu'avant et après les soins, les repas ou en cas de contact avec des liquides biologiques.

Par ailleurs, les agents ont pu constater le respect des règles relatives à la tenue professionnelle, notamment l'absence de bijoux aux mains et poignets ainsi que le port d'ongles courts et non vernis.

Enfin, les modalités d'entretien du matériel, telles que la désinfection régulière des véhicules de service, ont également été vérifiées. Aucun écart n'a été constaté sur ces différents points.

Les usagers ne sont pas interrogés sur cette thématique, conformément aux critères définis dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.



- « **Organisation** » : La cellule Qualité a constaté les éléments suivants : l'organigramme (à jour) a bien été communiqué au personnel et aux usagers. Un plan de formation du personnel existe également. Il existe une procédure d'annulation d'un passage et de procédure en cas de retard pour un passage. Les échanges avec le personnel ont mis en évidence une bonne connaissance des conduites à tenir en cas d'annulation, de refus de prise en charge ou de nécessité de replanification d'un passage. Les collaborateurs ont indiqué informer l'utilisateur, tracer la situation dans les outils appropriés et, le cas échéant, solliciter l'équipe dirigeante afin d'adapter l'organisation des passages. S'agissant de la gestion des retards, les collaborateurs interrogés ont su décrire les modalités à suivre, notamment l'information du client et du responsable en cas de dépassement d'un certain délai, ainsi que la recherche de solutions organisationnelles en coordination avec l'équipe. L'analyse des réponses apportées témoigne d'une appropriation satisfaisante des procédures par le personnel. Aucun écart n'a été constaté.

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

- *Respect et satisfaction des horaires convenus* : une partie des usagers indique que les horaires sont respectés ou qu'ils restent suffisamment flexibles pour ne pas poser de difficulté particulière. Certains précisent également avoir pu adapter les horaires en fonction de leurs besoins, avec une prise en compte satisfaisante de leurs demandes. D'autres usagers signalent toutefois des écarts, notamment des arrivées trop précoces ou trop tardives, ainsi qu'un manque de régularité dans les heures de passage. Au total, sept situations d'insatisfaction ont été relevées. Plusieurs mentionnent que ces variations peuvent être liées à des contraintes organisationnelles telles que le manque de personnel, le trafic, des urgences ou des contraintes de tournée. Dans certains cas, ces retards ou avances ne sont pas toujours annoncés à l'avance, ce qui est perçu de manière négative. Il convient toutefois de préciser que la grande majorité de ces situations d'insatisfaction concerne des usagers suivis par un même centre d'aides et de soins du service, tandis que les autres usagers interrogés se déclarent globalement satisfaits ou plus flexibles à l'égard des contraintes rencontrées. Par ailleurs, quelques usagers expriment une insatisfaction quant à l'adéquation des horaires à leurs besoins, notamment lorsque des demandes d'adaptation n'ont pas été suivies d'effet ou ont nécessité un temps d'ajustement. Il ressort néanmoins que certains usagers font preuve de flexibilité face à ces contraintes, à condition d'être informés en amont. Globalement, la ponctualité et l'adéquation des horaires apparaissent variables selon les situations, les moments de la journée et l'organisation des tournées ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire* : très satisfaits. Il ressort des échanges que la grande majorité des usagers connaît les coordonnées du service et sait comment le contacter, principalement par téléphone et, dans certains cas, par courrier électronique. Plusieurs usagers indiquent pouvoir joindre le service facilement et obtenir des réponses rapides à leurs demandes, ce qui témoigne d'une bonne accessibilité et d'une disponibilité jugée satisfaisante. Dans plusieurs situations, la communication avec le service est toutefois assurée principalement par un proche (membre de la famille ou représentant), notamment lorsque l'utilisateur ne se sent pas en mesure de gérer lui-même les démarches administratives ou les échanges avec le gestionnaire. Quelques usagers mettent également en avant la qualité des échanges, soulignant la clarté des réponses et la facilité de communication avec les interlocuteurs ;



- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile* : très satisfaits. Les usagers concernés estiment globalement bénéficier du soutien nécessaire pour leurs déplacements, notamment pour les transferts, les soins d'hygiène, les sorties (courses, rendez-vous médicaux) ou encore les promenades. Plusieurs soulignent la disponibilité du personnel ainsi que sa capacité à s'adapter à leurs besoins individuels. Par ailleurs, cinq usagers n'ont pas souhaité se prononcer ou ne se considèrent pas concernés par ce critère, se décrivant comme autonomes dans leurs déplacements ;
- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur* : satisfaits. Quatre usagers n'ont pas compris la question ou ne se sentent pas concernés par ce critère, ramenant le nombre de répondants à seize. Dans ce contexte, les situations d'insatisfaction ont un impact proportionnellement plus marqué sur l'évaluation de ce critère, se traduisant notamment par une perte d'un point. La majorité des usagers indique recevoir les informations nécessaires, notamment par courrier ou via leurs proches, concernant les évolutions importantes telles que les modifications tarifaires, les changements organisationnels ou l'arrivée de nouveaux responsables. Toutefois, trois usagers expriment une insatisfaction quant au niveau d'information reçu, en particulier lors de changements organisationnels ou de modifications dans l'encadrement. Ils indiquent parfois devoir solliciter eux-mêmes les informations ou ne pas être informés de manière systématique. Dans plusieurs situations, l'information est principalement transmise aux proches, qui assurent ensuite le relais auprès de l'utilisateur.

- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a constaté l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, et en cas de fugue ou usager porté disparu. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents ont constaté que les événements indésirables font globalement l'objet d'une documentation structurée, incluant la description de l'événement, les mesures prises et un suivi de la situation.

Toutefois, des écarts ont été relevés dans deux dossiers sur dix. Dans un premier dossier relatif à des chutes, certaines informations attendues n'ont pas été systématiquement documentées le jour même, notamment l'évaluation de la douleur, la prise et la traçabilité des paramètres vitaux, ainsi que le suivi immédiat de la situation. Dans un second dossier relatif à des événements enregistrés dans le système de gestion des incidents, la traçabilité s'est révélée insuffisante, en particulier en ce qui concerne le détail des faits, les actions entreprises et les suites données, ne permettant pas de reconstituer de manière complète le déroulement et la gestion de la situation.

En ce qui concerne l'application de la procédure en cas d'utilisateur porté disparu, les agents ont vérifié que les usagers identifiés comme présentant un risque de fugue disposent d'une fiche signalétique comportant notamment une photographie, ainsi que d'informations relatives aux lieux potentiels où ils pourraient se rendre. Pour l'ensemble des dix dossiers examinés, ces éléments étaient bien présents et correctement renseignés. Aucun écart n'a été constaté sur ce point.

Les usagers interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel en temps utile à leurs appels. Il ressort des échanges que la majorité des usagers indique que le service est facilement joignable, que ce soit par téléphone ou par courriel, et qu'une réponse est généralement apportée, parfois après un court délai. Plusieurs usagers soulignent qu'en cas de besoin, une solution est trouvée et qu'une réponse est systématiquement apportée. Certaines situations d'urgence rapportées ont fait l'objet d'une prise en charge rapide, ce qui est perçu de manière très positive par les usagers concernés. Par ailleurs, quatre usagers n'ont pas souhaité se prononcer, n'ayant jamais eu besoin de contacter le service, et un usager n'a pas compris la question. Le service est perçu comme accessible et réactif.



- « **Ethique** » : la cellule Qualité a vérifié que la procédure de saisine du comité d'éthique avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux, à leurs personnes de contact ainsi qu'au personnel. En parallèle, les agents ont demandé aux usagers interrogés s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : une très grande majorité des usagers interrogés n'a pas souhaité se prononcer sur cette thématique, invoquant un manque de connaissances ou des difficultés de compréhension du sujet. Il serait dès lors opportun que le gestionnaire sensibilise davantage les usagers au rôle du comité d'éthique ainsi qu'aux modalités de saisine de celui-ci, afin de favoriser une meilleure compréhension et appropriation du dispositif. Par ailleurs, compte tenu du faible nombre de réponses exprimées, une seule réponse a eu un impact proportionnellement important sur la note obtenue.

- « **Bientraitance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'utilisateur à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de la vie privée de l'utilisateur, le caractère privé du domicile, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'utilisateur, ainsi que la procédure écrite de bientraitance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. En ce qui concerne l'application des lignes de conduite, les agents ont vérifié que les collaborateurs ont suivi la formation « nouveaux collaborateurs », au sein de laquelle sont abordés les valeurs du service, les principes de bientraitance ainsi que les règles de conduite attendues vis-à-vis des usagers. Dans la majorité des dix dossiers examinés, cette formation a bien été suivie. Un écart a toutefois été relevé pour un collaborateur pour lequel aucune trace de participation n'a pu être retrouvée, notamment en raison d'une absence de reprogrammation après une période d'absence. S'agissant de l'application de la procédure de bientraitance, les agents ont constaté que le personnel maîtrise les conduites à tenir en cas de suspicion ou de situation de maltraitance. Les réponses apportées traduisent une bonne connaissance des étapes à suivre, incluant l'observation, la protection de l'utilisateur, le signalement, la documentation ainsi que le suivi de la situation.

Les usagers interrogés ont fait part de leur sentiment sur le respect de leur dignité, de leur intimité, de leur volonté, du caractère privé du domicile, de la vie privée ainsi que sur le respect en général du personnel à leur égard. Les agents souhaitaient aussi savoir si le personnel était à leur écoute et à l'écoute de leurs proches. S'agissant du respect de l'intimité et de la volonté, les retours sont également majoritairement positifs, bien que certaines situations ponctuelles mettent en évidence des pratiques perfectibles. À titre d'exemple, une usagère indique que les rideaux ne sont pas toujours fermés durant les soins alors que son salon reste visible depuis l'extérieur. Un autre usager explique que ses habitudes de vie et son rythme quotidien, notamment des horaires de coucher plus tardifs, ne sont pas toujours pris en compte lors des passages du soir. Concernant le respect général et le professionnalisme du personnel, trois situations d'insatisfaction ont été relevées, liées principalement à un ressenti de précipitation lors des interventions ou à une qualité de prestation jugée variable selon les intervenants. Les avis concernant l'écoute du personnel sont partagés. Si plusieurs usagers estiment que le personnel prend le temps d'écouter et d'échanger, d'autres indiquent que cela dépend fortement des intervenants, certains étant perçus comme plus disponibles et attentifs que d'autres. En ce qui concerne l'écoute des proches, dix usagers n'ont pas souhaité se prononcer ou ne se sentent pas concernés, notamment en l'absence de contact régulier entre le service et leur entourage. Les usagers interrogés expriment un niveau de satisfaction élevé en matière de respect et de bientraitance, tout en mettant en évidence une variabilité dans les pratiques selon les intervenants.



- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. D'abord, il a été vérifié que la procédure de gestion des réclamations avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis la cellule a analysé sa mise en application. À cet effet, la cellule a examiné un échantillon de dix réclamations portant sur différents centres d'aides et de soins du service. Le contrôle a notamment porté sur l'analyse des plaintes, la mise en place d'actions correctives, ainsi que l'apport d'une réponse ou d'une solution dans un délai raisonnable. Les éléments examinés montrent que les réclamations font l'objet d'un traitement structuré, incluant l'analyse de la situation, la mise en œuvre de mesures adaptées (telles que des échanges avec les usagers, leurs proches ou les collaborateurs concernés) et la formalisation du suivi jusqu'à la clôture du dossier. Aucun écart n'a été constaté sur ces différents points.

Les agents de la cellule ont demandé aux usagers leur opinion concernant la procédure de réclamation. Huit usagers sur vingt n'ont pas souhaité se prononcer, n'ayant jamais eu besoin de formuler une réclamation. Parmi ces derniers, certains indiquent néanmoins savoir à qui s'adresser en cas de besoin. Parmi les usagers ayant déjà introduit une réclamation, les avis sont partagés. Plusieurs usagers se déclarent satisfaits du traitement de leur demande, notamment lorsque des mesures concrètes ont été mises en place, comme le remplacement d'un intervenant ou une adaptation de la prise en charge. À l'inverse, d'autres usagers expriment une insatisfaction, liée principalement à l'absence de retour formel à la suite de leur réclamation ou à un manque d'effets concrets observés dans leur prise en charge. Certaines situations rapportées mettent également en évidence un défaut de suivi ou de communication de la part du service après signalement. Les réclamations portent principalement sur l'organisation des prestations, le respect des horaires ainsi que le comportement de certains membres du personnel.

- « **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 l'existence d'une procédure écrite relative à l'établissement et à la mise à jour du dossier individuel. Son existence a été confirmée et sa mise en application a pu être vérifiée, notamment par la désignation d'un soignant de référence dans chacun des dix dossiers examinés.



1.2.2. Identification des axes forts et des axes de progrès

Axes forts :

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

- Un point fort majeur réside dans la bonne mise en application des procédures, des concepts et des formations continues au sein du service. Malgré une organisation étendue, comprenant plusieurs centres d'aides et de soins, un nombre important de collaborateurs et une file active conséquente d'usagers, les constats mettent en évidence une application globalement homogène des procédures dans les centres d'aides et de soins consultés. Cela traduit une bonne appropriation du cadre organisationnel par les équipes ainsi qu'un pilotage structuré du service.
- Les usagers expriment un niveau de satisfaction globalement élevé, reposant sur le respect de leur dignité, de leur vie privée et de leur volonté, ainsi que sur une prise en charge conforme aux principes de bientraitance. Le service est perçu comme facilement accessible et joignable, avec une capacité de réaction rapide, notamment en situation d'urgence, ce qui renforce le sentiment de sécurité des usagers. L'accès aux soins est jugé adapté aux besoins et l'accompagnement proposé, notamment pour les déplacements, les sorties ou les activités de la vie quotidienne, est perçu comme soutenant le maintien à domicile. Par ailleurs, les plans de vie individuels apparaissent globalement exhaustifs et bien renseignés, traduisant une bonne connaissance des usagers et de leurs besoins. La perception globale de la qualité de la prise en charge demeure très positive.

Axes de progrès :

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

- Des difficultés sont relevées concernant le respect des horaires et la gestion des retards, avec des arrivées parfois trop précoces ou tardives, sans information systématique préalable. Ces situations apparaissent de manière plus marquée au sein d'un centre d'aides et de soins en particulier. Par ailleurs, bien que le personnel maîtrise globalement les procédures à suivre en cas de retard ou d'annulation de passage, celles-ci ne sont pas toujours perçues comme appliquées par les usagers, ou jugées insuffisamment respectées dans la pratique. Une amélioration de ces différents points permettrait de renforcer la qualité perçue par les usagers.
- Les constats mettent en évidence que le contrat de prise en charge constitue un support central d'information pour les usagers, en ce qu'il doit intégrer le projet d'établissement et, à ce titre, contenir des éléments essentiels relatifs au fonctionnement du service ainsi qu'aux droits des usagers, notamment en matière de procédure de réclamation ou d'existence du comité d'éthique. Or, la non-mise à jour de certains contrats, en particulier pour les usagers exclusivement suivis par le réseau d'aides et de soins, limite l'accès à une information complète, claire et actualisée. Cette situation contribue à une compréhension partielle de certains dispositifs, comme en témoigne la méconnaissance du comité d'éthique ou la perception variable de la procédure de réclamation. Une meilleure intégration et appropriation de ces éléments via le contrat et ses annexes, dont le projet d'établissement, pourraient favoriser une meilleure lisibilité des droits et des recours pour les usagers. Par ailleurs, bien que des efforts aient été entrepris par le gestionnaire pour améliorer la communication, certains usagers expriment encore un besoin d'information complémentaire, notamment en cas de changements organisationnels. L'information apparaît parfois transmise de manière inégale ou indirecte, notamment via les proches, ce qui peut en limiter l'appropriation par l'utilisateur lui-même.



2. Conclusion

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

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

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

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

Catégorie / sous-catégorie	Note	Appréciation
Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	27 / 31	Bien
Fourniture des prestations et services	52 / 59	Bien
Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel	57 / 69	Bien
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	95 / 105	Excellente

Aucune catégorie n'ayant reçu l'appréciation « insuffisante », l'organisme gestionnaire ne doit soumettre aucun programme de remédiation, conformément à l'article 28(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.

Luxembourg, le 29.05.2026

Rédacteur : Nuri LEIRO - Evalueur Qualité

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

Laura MUCK
Attaché



Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

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

Organisme gestionnaire : Fondation Stëftung Hëllef Doheem

Service évalué : Réseau d'aides et de soins à domicile Stëftung Hëllef Doheem (agrément PA/00/11/001)

Date de l'évaluation : 13.04.2026

Merci de cocher les options qui correspondent à votre situation :

☐ L'organisme gestionnaire **ne formule aucune remarque**

☒ L'organisme gestionnaire **formule des remarques.**

Dans ce cas, merci de compléter la rubrique « Observations écrites »

En plus de la formulation de remarque(s), l'organisme gestionnaire souhaite :

☒ *Rencontrer / échanger avec la cellule (rendez-vous dans les locaux du Ministère à Luxembourg Hamm ou bien par rendez-vous téléphonique / visioconférence selon les disponibilités de la cellule. Durée : 1h15)*

Observations écrites

Nous tenons à saluer tout d'abord la manière dont le rapport détaillé a été écrit, en mettant en exergue de manière suffisamment nuancée et dans un esprit constructif les forces et faiblesses constatées lors du contrôle qualité. Nous accueillons positivement les constats formulés qui nous aideront dans la mise en œuvre d'une approche d'amélioration continue au sein de notre structure.

Conscients des contraintes que le cadre légal impose à la Cellule Qualité du MiFa dans le choix notamment de sa méthodologie et des critères d'évaluation, nous voudrions attirer l'attention sur la nécessité de correctifs à apporter à l'approche découlant de la loi du 23.08.2023 afin que le contrôle qualité soit vécu comme équitable et adapté à une grande structure comme la nôtre.

Lors des enquêtes de satisfaction réalisées par le passé par l'Institut de sondage TNS Ilres auprès de quelques 650 clients de SHD, le taux de satisfaction global avec nos services atteignait régulièrement un score de 98% de satisfaction.

Dans le présent rapport, nous constatons des résultats moins élevés et nous estimons que notamment le référentiel de qualité comme la pondération des réponses devraient être davantage expliqués au prestataire contrôlé et transmis par écrit afin de lui permettre leur vérification et compréhension.

En l'absence de ces informations, nous nous demandons si la méthode que la Cellule Qualité du MiFa doit employer en lien avec la loi du 23.08.2023 correspond notamment à tous les standards usuels appliqués aux mesures de satisfaction client. A titre d'exemple, l'échantillon de clients pour le contrôle qualité MiFa de SHD – bien qu'augmenté - reste limité à seulement 20 clients par rapport à un total de quelques milliers de clients prise en charge par SHD.

Nous renvoyons à cet égard aux observations formulées au nom du secteur par la COPAS, qui constate que les critères d'évaluation ne se basent ni sur un référentiel uniforme de qualité, ni sur une enquête représentative auprès des prestataires, de sorte que les services des prestataires ne sont pas comparés sur une base équitable.

		Observations
Catégorie / sous-catégorie	Critère(s) concerné(s) ?	
Existence d'un contrat de prise en charge signé à jour	RAS-A7	Chaque nouveau client signe un contrat à jour. En raison du nombre particulièrement élevé de clients suivis par la Stëftung Hëllef Doheem (SHD) au niveau national, le renouvellement systématique des contrats <u>antérieurs</u> à la loi du 23 août 2023, via une nouvelle signature du client, n'a pas pu être réalisé intégralement en raison des ressources importantes à mobiliser dans ce but. SHD a choisi d'informer les clients <u>existants</u> sur les adaptations du contrat de prise en charge par l'envoi d'un courrier explicatif personnalisé et le renvoi vers son site internet, où le nouveau modèle de contrat est consultable en ligne. Le courrier explicatif indique au client qu'en cas de besoin d'information complémentaire, le cadre de référence est à l'écoute des clients et de leurs proches, via les canaux de communication habituels ou lors d'une visite à domicile. Cette accessibilité a été perçue très positivement et a été particulièrement mise en avant par plusieurs clients lors des interviews par le MIFA, qui souligne par ailleurs les efforts significatifs de SHD à cet égard. SHD estime ainsi satisfaire suffisamment à l'exigence d'existence d'un contrat actualisé, sachant par ailleurs que toute disposition d'ordre publique de la loi précitée du 23.08.2023 s'applique automatiquement en faveur du client.

		Les nouveaux droits du client existant sont ainsi protégés et celui-ci bénéficie d'explications orales additionnelles. Enfin, SHD ne comprend pas pourquoi le score attribué n'est que de 1/5, alors que sur 10 dossiers vérifiés seulement 4 contrats sont considérés comme non-conformes. Une rectification de ce score nous paraît dès lors nécessaire.
Le personnel applique la procédure écrite concernant la mise à jour du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur	RAS-B2	Le plan individuel de prise en charge constitue un élément central de la prise en charge de nos clients et fait, en règle générale, l'objet d'une réévaluation au minimum trimestrielle et à chaque fois que la situation du client évolue, conformément aux exigences légales et internes. L'implémentation de cette règle est constatée dans la majorité des dossiers, même si des écarts peuvent ponctuellement survenir dans certaines situations particulières, notamment en cas d'hospitalisation prolongée d'un client ou dans des contextes organisationnels spécifiques. Les éléments analysés concernant la phase d'admission confirment également que les évaluations initiales des risques (chute, escarre, dénutrition) sont majoritairement réalisées et tracées dans un délai rapproché. La visite d'admission et le recueil des informations constituent à cet égard une étape clé de la prise en charge. Toutefois, dans certaines situations spécifiques, la complexité de l'état de santé du client ou le caractère évolutif de la situation clinique ne permettent pas toujours une collecte exhaustive dès l'admission, les informations étant alors complétées de manière progressive au cours de la prise en charge, dans une démarche impliquant activement le client.
L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge	RAS-D3	En lien avec les constats formulés par le MIFA, l'implication des clients dans l'élaboration ou l'actualisation du plan de prise en charge apparaît variable, certains se sentant suffisamment impliqués tandis que d'autres expriment le souhait de participer davantage.

		Face à cela, SHD va renforcer l'implication effective et ressentie des clients dans l'élaboration du plan de prise en charge et sa mise en œuvre.
Le personnel applique la procédure écrite assurant la continuité des soins	RAS-B7	SHD prend note des constats relatifs à la continuité des soins et au respect des horaires. Elle souligne que des procédures écrites encadrant ces aspects sont en place, comme le confirment les échanges menés avec les clients et les collaborateurs dans le cadre de l'évaluation réalisée par le MIFA. Les écarts relevés dans certains dossiers en matière de documentation, ainsi que les observations ponctuelles relatives aux ordonnances, restent limités et ne reflètent pas la pratique générale, qui demeure conforme aux attentes dans la grande majorité des situations. La continuité des intervenants s'inscrit dans une organisation en groupes de référence, visant à limiter le nombre d'intervenants par client et à garantir des repères stables et identifiés. Dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue, SHD met en œuvre des efforts constants afin de garantir cette continuité. Il est toutefois possible que des variations surviennent dans certains contextes organisationnels spécifiques, tels qu'un nombre important d'absences pour maladie, des contraintes de circulation ou des situations imprévues auprès d'un client lors de la tournée. Ces situations peuvent avoir un impact ponctuel sur la prise en charge des clients, notamment en ce qui concerne l'intervention d'un nombre plus important d'intervenants auprès des clients. Dans ce contexte, une attention particulière est portée à la transmission des informations essentielles entre collaborateurs, afin d'assurer une meilleure continuité de la connaissance des besoins, des habitudes et des préférences des clients. Il est ainsi réjouissant de lire que la majorité des clients exprime un niveau élevé de satisfaction quant à la qualité de l'accompagnement et des soins reçus.
Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	RAS-D16	En matière de respect des horaires de passage, SHD organise les tournées de manière à répondre au mieux aux besoins des clients.

		Si des variations ponctuelles peuvent survenir, celles-ci sont communiquées et expliquées aux clients, tout en veillant à proposer la solution la plus adaptée à leur situation et en tenant compte, dans la mesure du possible, de leurs préférences. Ces adaptations sont généralement bien comprises par les clients, en particulier lorsqu'une communication préalable est assurée. Dans cette optique, nous poursuivons et renforçons la sensibilisation de nos collaborateurs, en veillant à assurer une communication claire, anticipée et systématique auprès de nos clients ou de leurs proches en cas de modification des horaires ou de retard. Enfin, une fourchette de trente minutes en plus ou en moins par rapport à l'horaire de passage prévu est contractuellement convenu avec le client et consignée ainsi dans notre procédure interne. Un retard du soignant dans cette fourchette ne peut dès lors être considéré comme une « insatisfaction ». Le présent rapport détaillé de l'évaluation du MiFa ne permet pas à SHD de vérifier si les cas inspectés par le MiFa étaient en dehors de cette marge contractuelle. Nous demandons dès lors une information sur le retard exact relaté par les clients et – à défaut de précisions – la correction de la cote vers le haut.
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	RAS-C12	SHD met en avant qu'elle a mis en place dès 2001 un dispositif d'« Infirmiers de liaison » au sein des hôpitaux, permettant d'assurer, dans l'intérêt du client, la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile. Ce dispositif repose sur une collaboration étroite entre les équipes hospitalières, les équipes de SHD, le client, les familles et les médecins traitants, afin de garantir une prise en charge coordonnée, sécurisée et adaptée aux besoins individuels.
Le personnel applique la procédure écrite de la communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	RAS-C14	Les éléments analysés confirment que cette coordination est, dans la majorité des situations, mise en œuvre avec satisfaction du client. Il apparaît toutefois que la documentation écrite de certaines démarches, notamment en ce qui concerne la communication avec le médecin traitant

		et les proches, ne serait pas systématiquement réalisée. Il en résulte une cote de 1/5 (point RAS-C12) et de 0/5 (point RAS-C14). Or notre procédure interne – si elle insiste bien sur l'information des proches / médecins – ne prévoit <u>pas</u> une obligation de documentation de cette information. L'absence de documentation ne peut ici être interprétée comme une absence d'information. Dans la mesure où le contrôle qualité porte sur l'application des procédures (et non sur un jugement de leur contenu), nous estimons qu'un retrait de points n'est pas justifié et que ces cotes devraient être corrigées à la hausse. De plus, nous demandons d'être informés sur les détails des dossiers vérifiés, pour déceler notamment si les cas d'hospitalisations concernaient bien des « urgences ». Dans la pratique, il convient de préciser par ailleurs que, contrairement à une prise en charge en structure d'hébergement pour personnes âgées, dans le cadre des soins à domicile les proches sont généralement très présents et impliqués dans des situations d'hospitalisation et le contact de l'hôpital – d'ailleurs tenu pas les règles de protection des données personnelles - se fait d'abord avec le médecin traitant ou les proches. Les échanges réguliers et systématiques entre les proches et nos équipes contribuent pleinement à la continuité des soins et à la qualité de la prise en charge, lors d'hospitalisations même s'ils ne sont pas tous documentés dans le dossier de soin. SHD envisage néanmoins de renforcer la traçabilité des échanges et des communications réalisées.
L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	RAS-D6	Les modalités de saisine du comité d'éthique, instauré dès 2010 au sein de SHD, ont été présentées à plusieurs reprises aux clients, à leurs proches ainsi qu'aux collaborateurs dans le cadre de différentes actions d'information. Des communications écrites ont été diffusées afin de faire connaître l'existence et le rôle de ce comité. Cette thématique est par ailleurs abordée de manière récurrente lors de visites d'admission ainsi que lors des démarches d'information et de sensibilisation.

		En pratique, les clients ont généralement l'habitude de se tourner vers leur cadre de référence en cas de problématique. Ainsi, lorsqu'un client ne sait pas vers qui s'orienter pour une situation relevant d'un questionnement éthique, les équipes et les cadres sont en mesure de l'orienter vers le comité d'éthique.
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	RAS-C7	SHD prend note des retours relatifs au respect de la dignité, de l'intimité et de la volonté des clients ainsi qu'à la qualité de l'écoute assurée par le personnel. Elle souligne que la bientraitance constitue un pilier fondamental de son concept de prise en charge et que les équipes sont sensibilisées en continu à ces principes. Les retours recueillis par le MIFA confirment globalement un niveau de satisfaction élevé de nos clients, tout en mettant en évidence certaines situations ponctuelles particulières. Dans ce contexte, différentes mesures sont régulièrement mises en œuvre auprès de notre personnel, telles que des accompagnements sur le terrain, des actions de sensibilisation et un suivi rapproché des pratiques professionnelles, afin de renforcer l'attention portée aux besoins individuels et aux habitudes de vie de nos clients. L'organisation des tournées selon le principe de groupes de référence, avec un nombre limité de collaborateurs par client, favorise une meilleure connaissance des besoins, des habitudes de vie ainsi que du degré d'implication du client. Il est toutefois reconnu que certaines contraintes organisationnelles, notamment liées à des périodes d'absences au sein des équipes (ex. maladies) ou de forte activité, peuvent ponctuellement avoir une incidence sur la bonne transposition des attentes clients. Néanmoins, le respect optimal des attentes des clients en matière de dignité, d'intimité et d'écoute reste une priorité absolue pour SHD.
L'utilisateur et le cas échéant son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aide et de	RAS-D21	Concernant l'information des clients relative aux évolutions impactant le fonctionnement du service ou leur prise en charge, SHD prend note des retours exprimés. Si la majorité des clients indique être informée

soins ou l'encadrement de l'utilisateur		de manière très satisfaisante et trouve que le service est accessible et réactif, certaines attentes subsistent quant à une information plus systématique et directement adressée aux clients. Dans ce contexte, nous sensibiliserons nos équipes dirigeantes à renforcer les échanges avec les clients, en privilégiant une communication directe et compréhensible tout en encourageant leur participation et leurs retours, et en impliquant leurs proches.
L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	RAS-D5	SHD considère que la gestion des réclamations et les feedbacks des clients constituent un pilier central de sa démarche d'amélioration continue et assure leur traitement structuré. Elle prend note du fait que, dans certaines situations, le retour et la communication des suites données aux réclamations auprès des clients n'auraient pas été perçus comme suffisamment visibles ou systématiques. Dans ce contexte, une attention accrue sera portée au renforcement d'une communication proactive et structurée à destination des clients. Cependant, nous nous interrogeons sur la note de seulement 3/5 qui est attribuée à ce niveau, alors que sur 10 dossiers seulement 2 clients se sont prononcés. Pour les réponses de ces deux clients, nous voudrions pouvoir vérifier si l'insatisfaction n'est pas simplement liée à une réponse « non-souhaitée », mais factuellement correcte de la part de SHD.

Date et signature :

12.06.2026



Benoît HOLZEM
Directeur Général