



## 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	03/11/2025 (Interviews entre le 22/10/2025 et le 12/11/2025)
Type de service pour personnes âgées	Service d'aides et de soins à domicile
Nom de l'organisme gestionnaire	Camille Healthcare Services S.A.
Adresse	1-5, rue de l'Innovation L-1896 KOCKELSCHEUER
Nom du Service	Camille
Adresse	1-5, rue de l'Innovation L-1896 KOCKELSCHEUER
Numéro agrément en vigueur	PA/06/11/005
Agents ayant réalisé l'évaluation	Laura MUCK Luana BUSO Georges BARTHELEMY Sandy RAACH Liliane GOMES Mélissa BANREZES

### Introduction

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

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

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

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



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

## Objectifs du rapport

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

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

## Préparation de l'évaluation

### Documentation

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

## Organisation des interviews

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

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

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

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

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



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

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

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

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

- 5 points de qualité si au moins 90% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 4 points de qualité si au moins 80% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 3 points de qualité si au moins 70% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 2 points de qualité si au moins 60% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 1 point de qualité si au moins 50% des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord;
- 0 points de qualité si moins de 50% 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
<b>a) Catégorie : Admission de l'utilisateur ainsi qu'établissement et respect du plan individuel de prise en charge de l'utilisateur</b>				
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	4/5	Admission et accueil	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-A3	Le plan individuel de prise en charge tient compte des capacités cognitives de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A4	Le plan individuel de prise en charge tient compte du degré de dépendance de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A5	Le plan individuel de prise en charge tient compte des volontés et préférences personnelles de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A6	Le personnel d'encadrement en charge de l'utilisateur connaît et respecte le plan individuel de prise en charge de l'utilisateur*	5/5	Plan individuel de prise en charge	
RAS-A7	Existence d'un contrat de prise en charge signé à jour	0/5	Admission et accueil	6 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
<b>b) Catégorie : Fourniture des prestations et services</b>				
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	4/5	Plan individuel de prise en charge	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-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	4/5	Plan individuel de prise en charge	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-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	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-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	2/5	Soins et continuité des soins	3 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B8	Existence d'une procédure d'annulation d'un passage	1/1	Organisation	
RAS-B9	Le personnel applique la procédure d'annulation d'un passage	5/5	Organisation	
RAS-B10	Existence d'une procédure en cas de retard pour un passage	1/1	Organisation	
RAS-B11	Le personnel applique la procédure en cas de retard pour un passage	5/5	Organisation	
RAS-B12	Existence d'une procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-B13	Le personnel applique la procédure écrite de préparation d'un usager à un transfert vers le/à un retour du milieu hospitalier	0/5	Soins et continuité des soins	9 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-B14	Existence d'une procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	1/1	Sécurité	
RAS-B15	Le personnel applique la procédure écrite de déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager	5/5	Sécurité	0 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 3 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	
<b>c) Catégorie : Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel</b>				
RAS-C1	Le personnel applique la procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel de l'usager**	1/5	Dossier individuel	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C2	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la vie privée de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C3	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter le caractère privé du domicile de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C4	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter l'intimité de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C5	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la dignité de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C6	Existence de lignes de conduite à l'adresse du personnel pour faire respecter la volonté de l'usager	1/1	Bienveillance	
RAS-C7	Le personnel applique les lignes de conduite pour faire respecter la vie privée de l'usager, le caractère privé de son domicile, l'intimité, la dignité et la volonté de l'usager	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	3/5	Hygiène et sanitaire	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C9	Le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires	1/5	Hygiène et sanitaire	4 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C10	Existence d'un concept écrit de prise en charge des usagers atteints d'une maladie démentielle	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C11	Existence d'une procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	1/1	Soins et continuité des soins	
RAS-C12	Le personnel applique la procédure écrite de la communication du transfert d'un usager en urgence en milieu hospitalier aux proches et au médecin traitant	0/5	Soins et continuité des soins	8 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	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-C16	Le personnel applique la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie	4/5	Soins et continuité des soins	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C17	Le personnel applique la procédure écrite de 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	4/5	Éthique	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C19	La procédure de gestion des réclamations a été communiquée à l'utilisateur, à son représentant légal ou à sa personne de contact mentionnée dans le dossier individuel	3/5	Gestion des réclamations	2 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C20	La procédure de gestion des réclamations est correctement appliquée	4/5	Gestion des réclamations	1 modalité(s) de contrôle non conforme(s) et 0 modalité(s) de contrôle non applicable(s)
RAS-C21	Existence d'un plan de formation du personnel	1/1	Organisation	

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



RAS-D1	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du contrat de prise en charge et le devis suite aux explications données	3/5	Admission et accueil	
RAS-D2	L'utilisateur ou son représentant légal a bien compris le contenu du projet d'établissement suite aux explications données***	4/5	Admission et accueil	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D3	L'utilisateur est impliqué dans l'établissement du plan individuel de prise en charge*	5/5	Plan individuel de prise en charge	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D4	L'utilisateur est respecté dans sa vie privée	5/5	Bienveillance	
RAS-D5	L'utilisateur est satisfait de la procédure de réclamation	3/5	Gestion des réclamations	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 1 non applicable(s))
RAS-D6	L'utilisateur est satisfait de la procédure de saisine du comité d'éthique	NA	Éthique	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 10 non applicable(s))
RAS-D7	L'utilisateur est satisfait de la qualité des moyens de communication avec le gestionnaire	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (1 réponse(s) inadaptée(s) et 0 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 1 non applicable(s))
RAS-D10	Le personnel est respectueux envers les utilisateurs	5/5	Bienveillance	
RAS-D11	Le personnel respecte la dignité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D12	Le personnel respecte l'intimité de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D13	Le personnel respecte la volonté de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D14	Le personnel respecte le caractère privé du domicile de l'utilisateur	5/5	Bienveillance	
RAS-D15	Le personnel réagit en temps utile aux appels de l'utilisateur	5/5	Sécurité	
RAS-D16	Le personnel respecte les horaires convenus avec l'utilisateur	5/5	Organisation	
RAS-D17	L'utilisateur est satisfait des horaires convenus pour sa prise en charge	5/5	Organisation	
RAS-D18	L'utilisateur est satisfait de la qualité des soins lui administrés	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-D19	L'utilisateur obtient le soutien nécessaire pour pouvoir se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile	4/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 réponse(s) inadaptée(s) et 3 non applicable(s))
RAS-D20	L'utilisateur a accès aux soins médicaux dont il a besoin	5/5	Soins et continuité des soins	
RAS-D21	L'utilisateur et le cas échéant son représentant légal ou sa personne de contact sont informés de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aide et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur	3/5	Organisation	proportionnalité appliquée (0 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 »

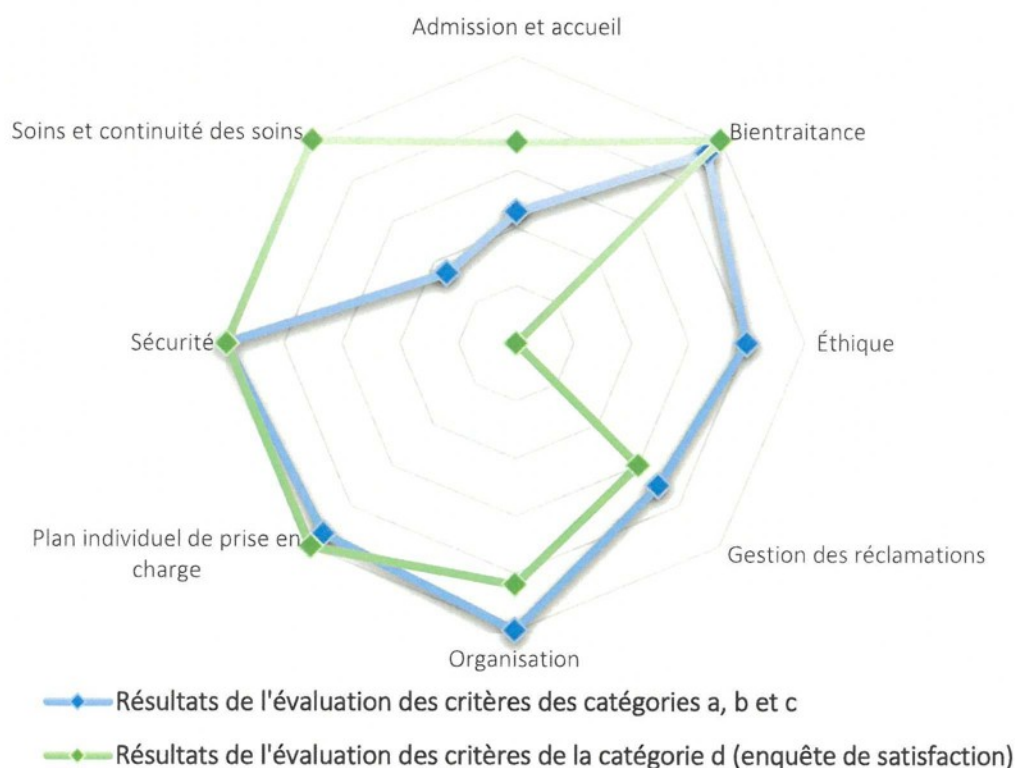


## 1.2. Analyse détaillée et synthèse des résultats

### 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.

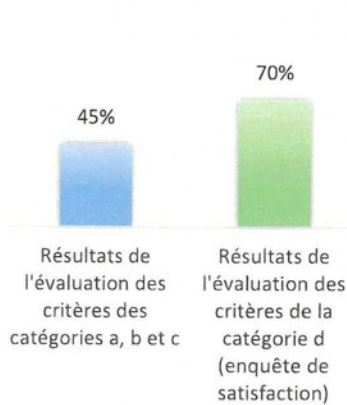
Aucun critère portant sur les domaines « dossier individuel » et « hygiène et sanitaire » ne fait l'objet d'une évaluation par l'utilisateur. Par conséquent, ils n'apparaissent pas sur le graphique ci-dessous (car il permet la comparaison entre l'opinion des usagers et les constats de la cellule Qualité).



La cellule Qualité observe une disparité pour certains domaines entre ce qui a été constaté sur base de l'évaluation concernant la mise en application des procédures et le ressenti communiqué par les usagers lors de l'enquête de satisfaction. L'analyse détaillée ci-dessous va apporter des éléments de réponse à ces différences.



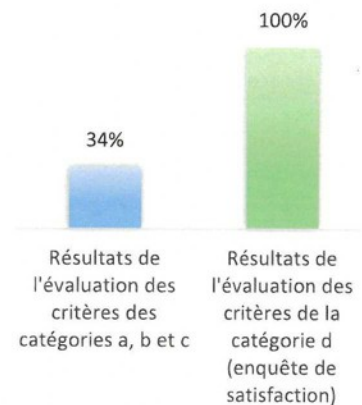
### 1. Admission et accueil



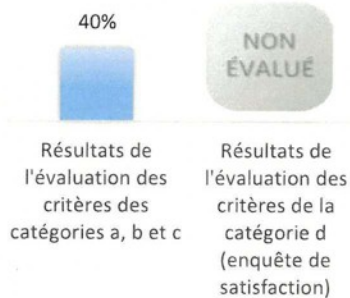
### 2. Plan individuel de prise charge



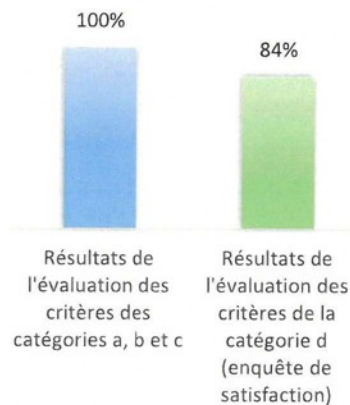
### 3. Soins et continuité des soins



### 4. Hygiène et sanitaire



### 5. Organisation



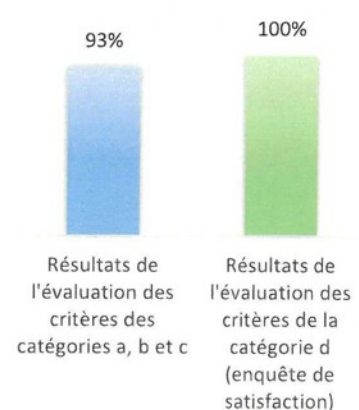
### 6. Sécurité



### 7. Ethique



### 8. Bienveillance

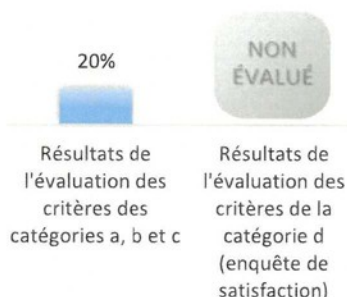




### 9. Gestion des réclamations



### 10. Dossier individuel



Les informations qui ressortent de l'analyse des interviews comparativement aux données de l'évaluation menée sur base des documents et autres procédures et concepts par les agents de la cellule sont :

- « **Admission et accueil** » : concernant la thématique, plusieurs éléments ont été vérifiés. En premier lieu, l'existence de la procédure écrite d'admission du nouvel usager a été avisée. Puis, la mise en application de la procédure a été évaluée. Les évaluateurs ont vérifié si les besoins des usagers avaient bien été définis avant l'admission. En dehors d'un seul écart constaté, la mise en application est satisfaisante.

Les contrats de prise en charge ne sont pas systématiquement conformes aux dispositions de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées. Les évaluateurs ont constaté plusieurs éléments qui ne répondent pas aux exigences légales de la loi précitée, comme par exemple la réalisation de prestations supplémentaires sans établissement préalable d'un devis, ou encore l'absence du projet d'établissement comme partie intégrante au contrat.

Lors des entretiens avec les usagers, les agents ont demandé si l'usager (ou son représentant légal) avait bien compris le contenu du contrat de prise en charge ainsi que le devis, et le contenu du projet d'établissement sur base des explications données. Ils ont indiqué être majoritairement satisfaits sur ce volet, mais ont formulé des doléances quant à certaines clauses d'exclusivité dans le nouveau contrat et ont regretté un manque d'informations de la part du réseau.

- « **Plan individuel de prise en charge** » : le plan individuel est l'élément central de la prise en charge de l'usager. Les agents de la cellule Qualité ont évalué différents éléments pour en 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. Parmi les dix dossiers de l'échantillon, une incohérence entre l'ordonnance médicale et



le plan de médication a été relevée. Ensuite, les agents de la cellule ont procédé à une analyse de 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 de tous les usagers étaient systématiquement évaluées et les volontés et préférences ainsi que le degré de dépendance de tous les usagers étaient effectivement recensés. Un seul dossier ne comportait aucune mention sur les directives anticipées ou les dispositions de fin de vie, ce qui a eu comme conséquence le retrait d'un point sur cinq pour le critère correspondant. Concernant les volontés et préférences personnelles de l'utilisateur, les agents ont vérifié si le service avait bien pris note par exemple des créneaux préférentiels pour les soins, les heures de lever ou de coucher de l'utilisateur. Lors du premier contact entre l'utilisateur et le réseau, ce créneau horaire pour le passage à domicile est convenu. La cellule Qualité n'a pas pu déterminer s'il s'agissait d'un compromis entre les besoins de l'utilisateur et les possibilités du réseau, ou s'il s'agissait de la préférence systématique de l'utilisateur. Ce dernier constat relève de la remarque, et n'entraîne aucun retrait de points. Cependant, recenser cette information permettrait de mieux individualiser et adapter d'avantage la prise en charge en considérant les horaires préférentiels des clients. Le constat pour la connaissance et le respect du dossier individuel est tout à fait positif.

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 notes attribuées par ces derniers ainsi que les commentaires formulés démontrent que leurs souhaits et désidérata ont été pris en compte et respectés dès le début de la prise en charge.

- « **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. La cellule Qualité a notamment vérifié si le service documentait les résultats de l'évaluation du risque de chute, et en cas de chute, si les paramètres vitaux comme la tension, étaient pris et documentés. A plusieurs reprises, le service n'avait pas réalisé ou documenté les étapes prévues dans sa procédure, ce qui a entraîné le retrait d'un point. La note de 4 points sur 5 a été attribuée ;
- *Continuité des soins* : il existe une procédure écrite concernant la continuité des soins. Les agents ont vérifié que tous les éléments de l'anamnèse étaient bien complétés, et fréquemment mis à jour. Dans 3 dossiers sélectionnés, cette périodicité n'a pas été respectée ;
- *Hospitalisation* : après avoir constaté l'existence des procédures écrites de préparation de l'utilisateur à un transfert vers le / au retour du milieu hospitalier, la cellule a évalué sa mise en application. Le point de contrôle portait sur l'évaluation du risque de plaies au retour d'une hospitalisation. En effet, la revue de l'état cutané au retour d'une autre prise en charge est importante. Seul un dossier sur les 10 sélectionnés était conforme. La cellule a aussi avisé les procédures relatives aux communications auprès des proches et du médecin traitant en cas de transfert en urgence en milieu hospitalier ou lors du retour de l'utilisateur puis leur mise en application : l'absence récurrente de traçabilité des informations dans le dossier a conduit à l'attribution de notes insatisfaisantes. Par ailleurs, il s'agit ici de la thématique qui a « coûté » le plus de points au service. Ce défaut de traçabilité devrait être facilement corrigible ;



- *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 la mise en application de la procédure sur les usagers atteints d'une maladie démentielle a été réalisée via une question au personnel. Il était notamment demandé au personnel de quelle manière il réagissait en cas de prise en charge d'un usager montrant des signes d'agitation, et quelles étaient les réponses à favoriser ou les réactions à éviter. La cellule Qualité attendait que le personnel interrogé mentionne un peu moins de la moitié des 13 points clés de la procédure, et seuls 6 répondants sur les 10 interrogés ont réussi. Concernant la mise en application de la procédure écrite de prise en charge des usagers en fin de vie, 8 dossiers sur 9 contenaient effectivement la désignation de la personne de confiance.

Les usagers interrogés ont exprimé leur opinion sur leur satisfaction quant à la qualité des soins leur administrés et sur l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Les usagers sont majoritairement très satisfaits de leur prise en charge, ce qui se traduit par une expression de la note maximale de 5 points par la plupart des personnes interrogées.

- « **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 agents de la cellule ont vérifié le bon respect des consignes de prévention et de lutte contre les infections (mains et poignets exempts de bijoux, ongles courts, propres et non vernis et enfin, tenue conforme avec l'obligation de laisser les avant-bras dégagés). Dans deux cas, la tenue vestimentaire n'était pas conforme. La cellule a également vérifié si les employés avaient été formés aux procédures de gestion des excréta, y compris l'utilisation des EPI (équipements de protection individuels). Le système de traçabilité du service ne contenait aucune information pour 4 membres du personnel sélectionné dans le panel. Aucune preuve de suivi de la formation ou de signature attestant la réception de l'instruction n'a pu être présentée.

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 une procédure en cas de retard pour un passage. L'analyse de leur mise en application était tout à fait satisfaisante. Le personnel interrogé sait comment réagir en cas d'annulation ou de retard.

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

- *Respect et satisfaction des horaires convenus :* les usagers sont très satisfaits. En cas de retard, le personnel les avertit ;
- *Qualité des moyens de communication avec le gestionnaire :* satisfaits. En revanche, les usagers ont mentionné la difficulté à joindre un interlocuteur à la centrale d'appel en cas de besoin ;
- *Obtention d'un soutien nécessaire pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de son domicile :* plusieurs personnes se sont abstenues de répondre, car elles sont autonomes et estiment ne pas avoir besoin d'aide. Les autres usagers sont satisfaits voire tout à fait satisfaits du soutien qu'ils obtiennent ;
- *Information de tout changement impactant le fonctionnement du réseau d'aides et de soins ou l'encadrement de l'utilisateur :* majoritairement satisfaits. Quelques usagers voudraient cependant être mieux informés.



- « **Sécurité** » : la cellule Qualité a avisé l'existence des procédures suivantes : déclaration d'accidents ou d'incidents concernant un usager, et en cas de fugue ou usager porté disparu. La mise en application de ces procédures et concepts a été évaluée. Les agents de la cellule ont constaté que les accidents et incidents sont effectivement répertoriés, et que le personnel sait réagir de manière adéquate si un usager est absent lors d'un passage prévu.

Les usagers interrogés se sont exprimés à propos du délai de réaction du personnel en temps utile à leurs appels. Ils ont estimé que le temps de réaction est majoritairement très satisfaisant.

- « **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. Un seul dossier a été considéré non conforme, car la signature de l'usager manquait sur l'attestation certifiant la réception des informations.

En parallèle, les agents ont demandé aux usagers interrogés s'ils étaient satisfaits de la procédure de saisine du comité d'éthique : l'intégralité des personnes interviewées ne connaissait pas le comité d'éthique et a préféré ne pas donner de note à ce sujet. Ceci signifie que les usagers n'ont pas pu recevoir une information suffisante pour s'approprier le sujet.

- « **Bienveillance** » : afin d'évaluer la thématique, la cellule a vérifié l'existence de différents documents, notamment des lignes de conduite envers l'usager à l'adresse du personnel en ce qui concerne le respect de la vie privée de l'usager, le caractère privé du domicile, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, le respect de la volonté de l'usager, ainsi que la procédure écrite de bienveillance. Puis, la mise en application des principes a été vérifiée. Toutes les procédures existent. Les agents ont interrogé le personnel quant à leur contenu, et les réponses aux questions sont tout à fait satisfaisantes.

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. Il en ressort que toutes questions confondues, la note maximale de 5 a été attribuée très majoritairement.

- « **Gestion des réclamations** » : le processus de gestion des réclamations a été évalué. D'abord, il a été vérifié que la procédure de gestion des réclamations avait bien été communiquée aux usagers, à leurs représentants légaux ou à leurs personnes de contact mentionnées dans le dossier individuel, puis si elle était correctement appliquée. Seuls les contrats récents des usagers (contrat élaboré pour répondre aux dispositions légales de la loi prédite) permettaient de prouver la communication de la procédure de gestion des réclamations. Le processus de gestion des plaintes est très bien mis en œuvre : la cellule a constaté un seul écart ponctuel.

Les agents de la cellule ont demandé aux usagers leur opinion concernant la procédure de réclamation : les notes attribuées traduisent un bon niveau de satisfaction, mais les remarques exprimées par les usagers sont plus contrastées. Ces remarques portent plutôt sur le délai de traitement, jugé parfois trop lent, et sur la difficulté à joindre un responsable en cas de besoin.



- « **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. La cellule Qualité a constaté que la mise à jour régulière du dossier de soins peut être améliorée sur le terrain.



## 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 :

- Les procédures, qui sont transversales et partagées au niveau du groupe, ont clairement été revues et améliorées depuis le passage de la cellule Qualité dans le premier service évalué. Les documents sont plus exigeants, et les processus sont plus robustes. Les agents ont également constaté que l'accompagnement du personnel était renforcé ;
- Les clients attestent d'une grande satisfaction globale concernant leur prise en charge ;
- Le personnel d'encadrement connaît bien la clientèle dont il a la responsabilité.

### Axes de progrès :

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

Globalement, le service a perdu des points de manière ciblée et groupée. Le domaine concerné porte notamment sur les soins et la continuité des soins, sur les points spécifiques suivants :

- Le respect des fréquences de réévaluation périodiques des dossiers des usagers ;
- La réalisation systématique de l'état cutané des usagers lors du retour d'hospitalisation ;
- La traçabilité des communications concernant les transferts ou les retours d'hospitalisations.

Enfin, une re sensibilisation du personnel au sujet du concept écrit pour la prise en charge des usagers souffrant d'une maladie démentielle permettrait de redonner de l'assurance au sujet des réponses formulées lors des interviews avec les agents de la cellule Qualité.

## Focus sur le programme de remédiation

Les notes obtenues par le service sont globalement satisfaisantes à très satisfaisantes. Seule une catégorie est visée par une mention « insuffisante », entraînant de facto un programme de remédiation. Il s'agit de la catégorie c « mise en œuvre du projet d'établissement et dossier individuel ». En analysant de plus près ces résultats, il apparaît que les notes sont circonscrites à une thématique bien identifiée, le domaine des soins et de la continuité des soins. La traçabilité des informations concernant les hospitalisations aura eu un effet domino. En dépit de ces notes, il faut souligner que la satisfaction des usagers sur ce domaine et en général est excellente.

C'est pourquoi la cellule Qualité estime qu'un nombre restreint d'actions, mais très ciblées, permettra au service de remédier aux constats non conformes qu'elle a fait. Compte tenu de la progression déjà constatée sur les documents existants partagés au niveau de groupe, il semble que les écarts pourront être aisément identifiés et gérés.



## 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	25 / 31	Bien
Fourniture des prestations et services	45 / 59	Satisfaisante
Mise en oeuvre du projet d'établissement ainsi que l'établissement et la gestion du dossier individuel	39 / 69	Insuffisante
Enquête relative au degré de satisfaction des usagers par rapport aux prestations et services et au projet d'établissement	91 / 100	Excellente

La catégorie suivante ayant reçu une appréciation « insuffisante » :

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

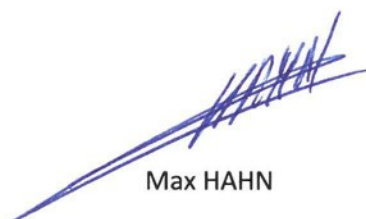
**L'organisme gestionnaire est tenu de soumettre un programme de remédiation, conformément aux dispositions de l'article 28(6) de la loi modifiée du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées.**

Luxembourg, le 18.12.2025

Rédacteur : Georges BARTHELEMY - Evalueur Qualité

Relecteur: Laura MUCK - Responsable de la cellule Qualité

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



Max HAHN



### Formulaire "Observations écrites de l'organisme gestionnaire"

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

Organisme gestionnaire : Camille Healthcare Services S.A.

Service évalué : Camille (agrément PA/06/11/005)

Date de l'évaluation : 03/11/2025

Merci de cocher les options qui correspondent à votre situation :

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

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

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

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

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

### Observations écrites

		Observations
Catégorie / sous-catégorie	Critère(s) concerné(s) ?	

Date et signature :