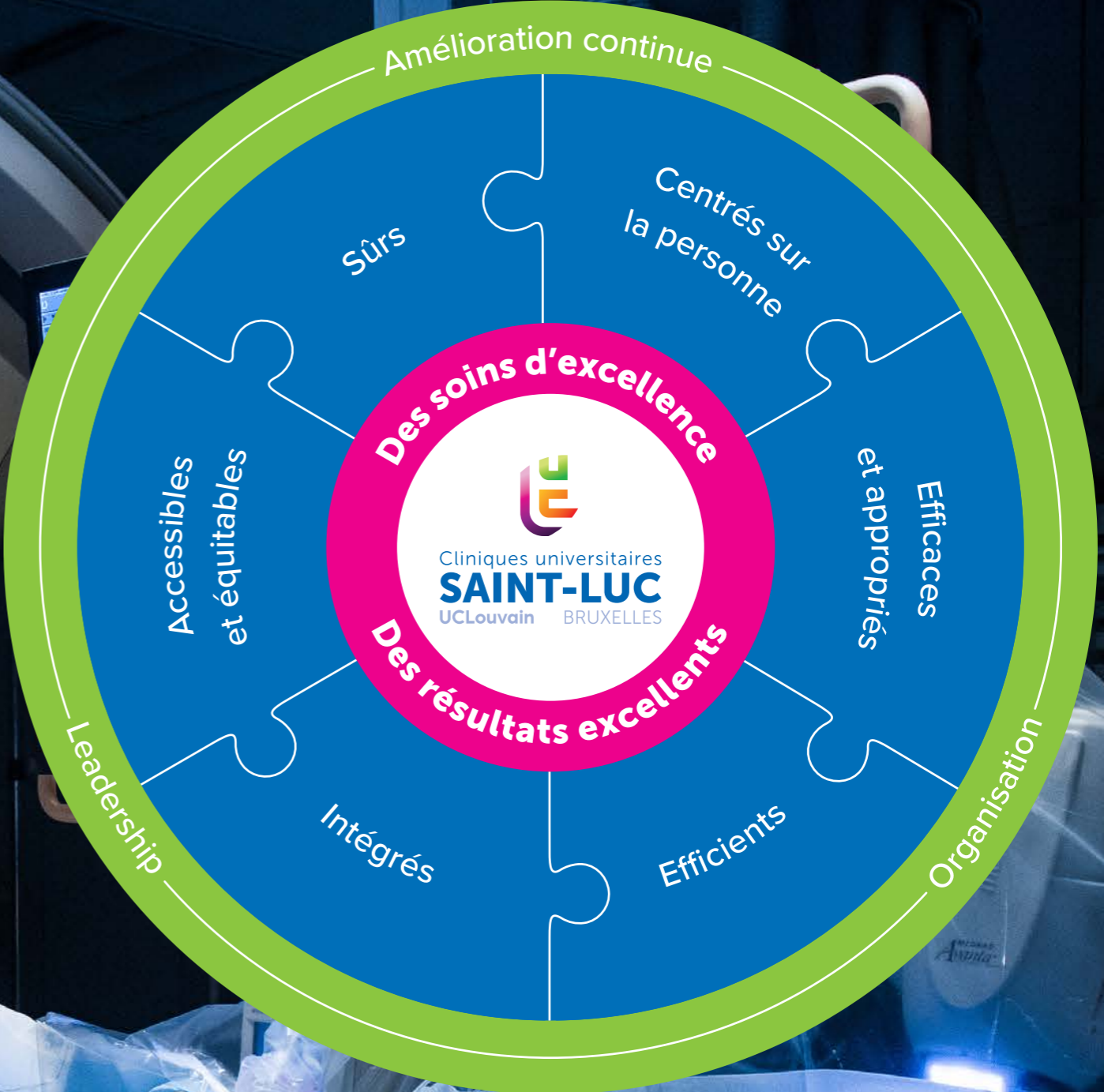




Qualité
Rapport annuel 2024



Des soins de qualité



Introduction

La Qualité des soins est une priorité aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Nous en avons d'ailleurs fait une valeur de l'organisation : Qualité et Excellence !

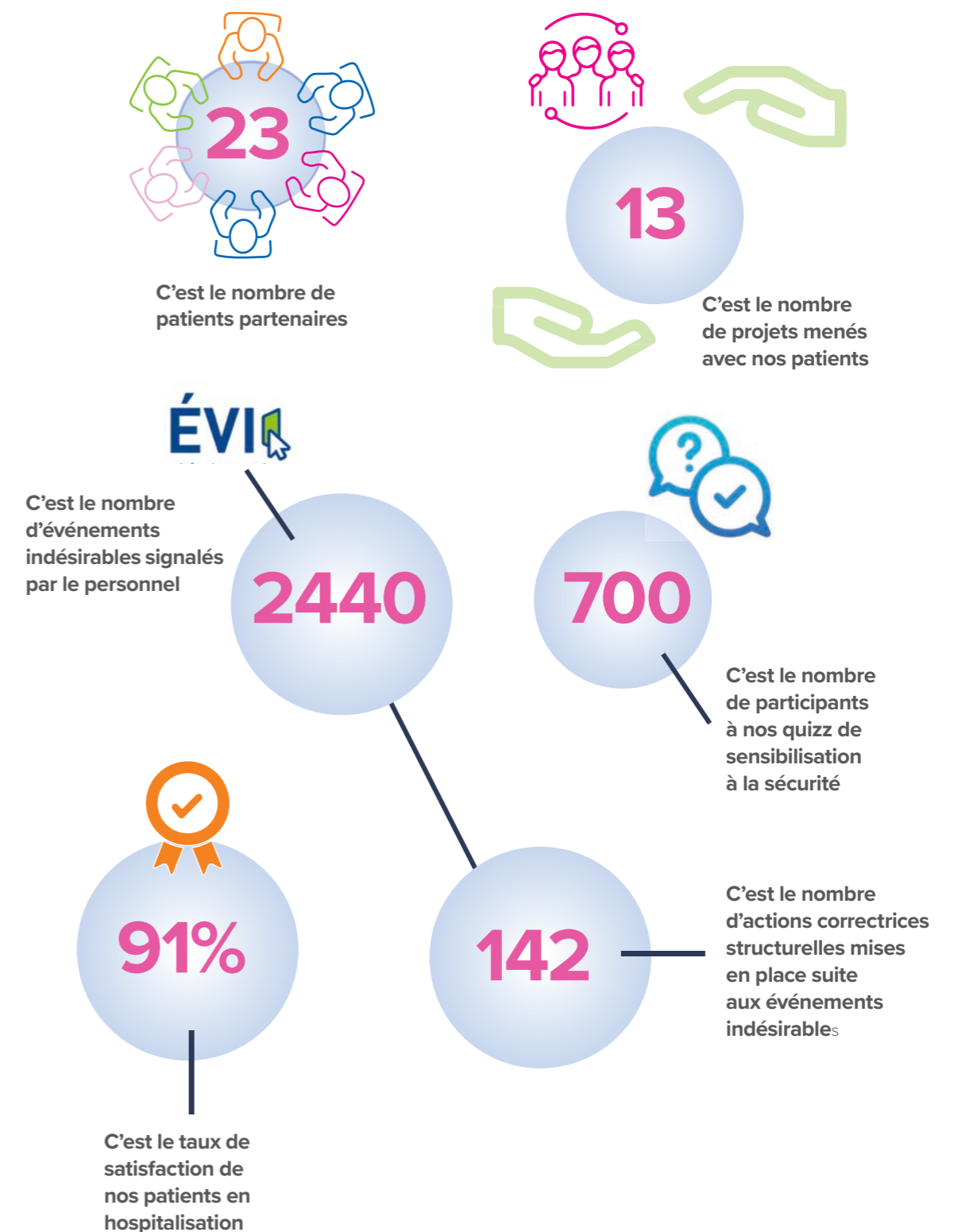
Notre vision pour la qualité repose sur trois piliers :

- 1. Qualité et Sécurité des Soins :** nous nous engageons à offrir des soins de haute qualité à tous nos patients. Pour ce faire, nous avons établi un référentiel de normes de qualité conçu par les experts de Saint Luc : le Modèle Qualité Institutionnel (MQI). Ces normes respectent les standards nationaux et internationaux. Nous avons également adapté ces normes en tenant compte de nos processus et procédures spécifiques. Notre référentiel de qualité est régulièrement mis à jour et amélioré grâce aux retours d'expérience de nos patients et de notre personnel, ainsi qu'à la gestion des risques.
- 2. Expérience Patient :** nous plaçons le patient au cœur de notre approche et promovons une collaboration étroite entre le patient et le professionnel de la santé. Ensemble, ils partagent leurs connaissances, leur expertise et leurs expériences de la maladie. Cette collaboration permet de personnaliser le traitement en fonction du projet de vie du patient et d'améliorer son expérience au sein de notre institution.
 - faisons du patient un partenaire dans les échanges quotidiens ;
 - nous mesurons la satisfaction des patients via les enquêtes de satisfaction, que ce soit en hospitalisation ou en consultation ;
 - nous nous appuyons également sur notre "comité de patients partenaires", un groupe de patients qui participent activement aux projets institutionnels et aux initiatives au sein des différents services.
- 3. Excellence des soins :** nous nous engageons à fournir des soins d'excellence. Pour cela, nous utilisons des indicateurs de performance, qui sont des outils pour mesurer et suivre la qualité des soins en continu. Nous tenons également compte des résultats rapportés par les patients (PROMs). Ces indicateurs nous aident notamment à identifier les domaines à améliorer. Les PROMs nous montrent l'impact de nos soins sur la vie quotidienne de nos patients, ce qui nous aide à ajuster nos pratiques pour mieux répondre à leurs besoins. Grâce à cette approche rigoureuse et centrée sur le patient, nous nous efforçons de toujours offrir les meilleurs soins.

L'année 2024 a vu des progrès sur chacun de ces piliers :

- L'analyse de près de 2500 événements indésirables signalés par le personnel a permis la mise en œuvre de près de 150 actions correctrices structurelles ;
- Un tiers des unités et services ont mis à jour leur « cartographie des risques », pour anticiper ceux-ci avant qu'ils ne se matérialisent ;
- Le « Modèle Qualité Institutionnel » et le référentiel de normes internes a abouti. Il s'agit d'un document, accessible à tous les collaborateurs, qui définit les bonnes pratiques qui doivent vivre dans toutes nos unités et services, pour fournir des soins et des résultats excellents. Il peut être vu comme le « mode d'emploi » de la qualité à Saint-Luc ;
- Des campagnes systématiques d'audit ont été relancées, avec près de 160 audits dans toutes les unités ;
- De nombreux services (pharmacie, laboratoires, banques de matériel corporel humain, hospiday) ont été inspectés par des organismes extérieurs pour maintenir leurs agréments et certifications ;
- Nos 23 patients partenaires ont mené 13 projets ;
- Un premier benchmark international de résultats cliniques sur le cancer du sein a été initié avec ICHOM.

Quelques chiffres



Modèle Qualité Institutionnel



Modèle Qualité Institutionnel : de quoi s'agit-il ?

Les Cliniques fonctionnent grâce à l'engagement de plus de 6 000 collaborateurs mobilisés jour et nuit, sans interruption, 24h/24 et 7j/7. Pour garantir des soins de Qualité, il est essentiel que tous partagent une vision commune des pratiques, du langage et des outils utilisés, tout en disposant d'une méthode fiable pour les faire évoluer. C'est précisément l'objectif de notre Modèle Qualité Institutionnel : instaurer des processus harmonisés qui assurent la sécurité et la qualité des soins, notamment grâce à un référentiel de normes institutionnelles.

Ce modèle est dynamique et évolue en intégrant : l'évolution des réglementations nationales et internationales, l'expérience des patients recueillie à travers les enquêtes de satisfaction et les plaintes, le feedback du personnel via les enquêtes ou les retours directs, la déclaration d'événements indésirables, les résultats d'audits et l'analyse de nombreux indicateurs

Référentiel des normes qualité du Modèle Qualité Institutionnel

Pour garantir aux patients une expérience de Qualité au sein des Cliniques, nous comptons à présent sur le Référentiel des Normes Qualité, véritable socle des bonnes pratiques à suivre dans tous les services et unités.

Entre 2022 et 2024, près de 400 collaborateurs se sont mobilisés pour identifier les principales dimensions de la qualité et définir les thématiques clés. Ces professionnels ont travaillé thématique par thématique pour sélectionner les bonnes pratiques à respecter. Cette démarche a compté sur l'apport précieux des membres du « Comité des Patients Partenaires » et d'un Comité d'Accompagnement externe.

Le Référentiel des Normes Qualité concerne tout le personnel sachant que certaines bonnes pratiques s'adressent à l'ensemble des collaborateurs, tandis que d'autres sont destinées à des métiers en particulier. L'essentiel est de garantir au patient et/ou proches une expérience optimale, dès le premier contact avec les Cliniques.

Un référentiel avec prise en main rapide, adaptée aux besoins du terrain

Chaque dimension de la qualité est un chapitre du référentiel. Chacune des thématiques qui le composent sont ensuite détaillées dans une fiche thématique. Cette dernière tient en une page, commence toujours par une brève contextualisation du sujet, présente les bonnes pratiques et fournit enfin une liste de ressources utiles.

Les bonnes pratiques sont formulées soit à la première personne (en "je"), pour mettre en évidence le fait qu'elles s'appliquent à tous les collaborateurs concernés, individuellement ; soit sous une forme collective (en "nous"), pour mettre en évidence les engagements de l'institution. Nous faisons également souvent référence aux proches : il s'agit de l'entourage du patient, présent à ses côtés durant son passage à Saint-Luc.



Notre référentiel qualité est composé de **bonnes pratiques**, regroupées par **thématiques**, elles-mêmes regroupées en dix **dimensions**.

Au centre, notre objectif : des **soins et des résultats d'excellence**. C'est la mission des Cliniques universitaires Saint-Luc.

En bleu, les dimensions liées à la prise en charge des patients : nous leur offrons des **soins sûrs, centrés sur la personne, efficaces** et appropriés, **efficaces, intégrés, accessibles** et **équitables**.

Enfin, les dimensions organisationnelles (en vert) touchent à notre **culture d'amélioration continue**, au **leadership** et à la façon dont nous nous **organisons**.

Dans chaque dimension, des thématiques regroupent les bonnes pratiques. Il y a environ cinquante thématiques différentes : certaines s'appliquent à tout le personnel tandis que d'autres visent des métiers spécifiques, par exemple pour les soins.

Il est essentiel de s'assurer que les bonnes pratiques du référentiel qualité soient connues et appliquées par le personnel. À cet effet, nous avons démarré en janvier 2024 une année de sensibilisation (et rappel) institutionnelle des bonnes pratiques des thématiques concernant la sécurité des soins, notamment pour les thématiques :

- identité-vigilance ;
- transfusion ;
- plaies de pression ;
- chutes ;
- processus d'administration médicamenteuse.

Durant la phase de sensibilisation, les bonnes pratiques ont été rappelées à l'aide de fiches thématiques et de quiz interactifs diffusés via notre outil de formation interne, TalentSoft. Chaque thématique a été abordée de manière pédagogique pour garantir des échanges optimaux et ancrés avec les équipes et en phase avec leur réalité quotidienne.

À l'issue de cette sensibilisation, des audits ont été réalisés afin d'évaluer de manière objective et structurée les pratiques professionnelles et les processus en place. Cette démarche rigoureuse visait à mesurer les écarts par rapport au référentiel, à valoriser les points forts et à identifier des axes d'amélioration.

Lors des audits et des sensibilisations, une attention particulière a été portée aux suggestions du personnel. Certains échanges ont permis d'ajuster nos processus et de mettre à jour les procédures afin qu'elles soient conformes aux cadres réglementaires et davantage adaptées aux réalités du terrain.

Voici le bilan des actions réalisées :

- 160 audits effectués : nous avons couvert toutes les unités de soins en audit et une majorité des lieux hors hospitalisation ;
- 180 séances de sensibilisation ;
- 4 quizz "soins sûrs" avec 700 participants au total ;
- Création d'un réseau de quinze collaborateurs référents pour auditer (infirmiers ressources, référents en hémovigilance, responsables de services, gestionnaires de projet infirmiers (GPI), etc.).

Malgré un contexte de pénurie, l'accueil des équipes a été exemplaire, permettant des audits réalistes et constructifs. Plusieurs points d'amélioration ont été identifiés, notamment sur l'identité-vigilance, le médicament et la documentation des soins. Nous nous réjouissons des résultats positifs concernant la prévention des chutes dans l'institution.

Pour un certain nombre de fiches thématiques, nous avons opté pour une approche visuelle en les illustrant. Les messages y sont transmis de manière claire et concise ; toutefois, nous insistons sur le fait que les illustrations doivent être consultées en complément des fiches thématiques et des procédures détaillées, selon les besoins.

Patients fragiles : plaies de pression

"Je protège les patients et j'identifie ceux particulièrement fragiles"

Pourquoi ?

En 2022, environ 10% des EVI déclarés concernaient des plaies de pression (acquises à l'hôpital ou importées). Dès lors, nous suivons de près l'évolution du nombre de plaies de pression dans l'hôpital.

Une plaie de pression est une lésion localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une proéminence osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. (EPUAP, 2014)

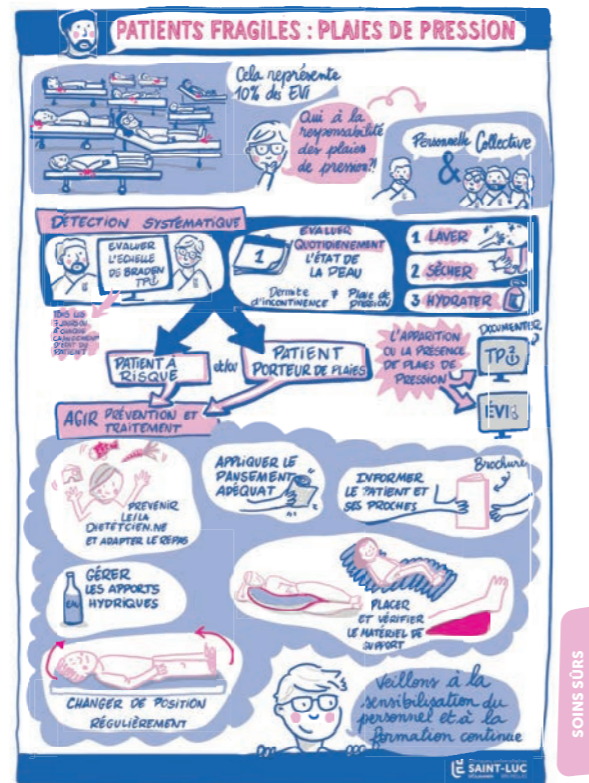
La politique institutionnelle a pour objectif de prévenir et/ou de traiter les plaies de pression pour tout patient entrant à Saint-Luc. En effet, outre la souffrance physique et l'altération de l'état de santé du patient qui elles peuvent occasionner, les plaies de pression ont un impact important sur l'organisation, les coûts et la santé publique.

En tant que professionnel de santé, et quel que soit notre rôle (médical, soignant, diététicien, kiné...), nous avons la responsabilité personnelle et collective de prévenir ces lésions.

Une équipe dédiée à la prévention et au traitement de ces plaies est joignable au 48072.

Bonnes pratiques

1. Je calcule le Braden simplifié (dans le TPI) à l'admission, à toute modification de l'état de santé du patient et au minimum tous les 7 jours.
2. J'évalue quotidiennement l'état cutané du patient et je prodigue les actions de prévention et d'hydratation de la peau en distinguant la dermatite d'incontinence et la plaie de pression.
3. Je déclare comme EVI la présence ou l'apparition de plaies de pression.
4. Je prévois le diététicien et l'équipe pluridisciplinaire en cas de Braden inférieur à 18 ou si un des items est inférieur ou égal à 2.
5. J'accompagne le patient pour optimiser ses apports alimentaires et hydriques. J'applique les prescriptions diététiques et médicales.
6. J'applique les procédures existantes de prévention et/ou de traitement des plaies de pression.
7. Je réalise et/ou je motive le patient à des changements de position réguliers, suivant les contraintes en présence.
8. Je place le matériel de support adéquat pour réaliser la prévention et le traitement des plaies de pression.
9. Je vérifie que les supports de prévention et/ou le matériel existant en contact avec le patient ne causent aucune nouvelle lésion et/ou une aggravation des lésions existantes.
10. J'informe le patient et ses proches des mesures de prévention et je leur fournis la brochure concernant la prévention de la plaie de pression.
11. J'accompagne le patient chez qui on découvre une plaie de pression en répondant à ses questions et à celles de ses proches.
12. J'évalue le recours à une aide psychologique suivant les demandes et besoins du patient.
13. Nous veillons à la formation continue et à la sensibilisation des collaborateurs à la prévention et au traitement des plaies de pression.



20 - Des Soins de Qualité - mode d'emploi

Des Soins de Qualité - mode d'emploi - 21

Campagne "Tous ensemble pour des soins sûrs" : démarrage des audits

Gestion des risques



Gestion « réactive » des risques

Un évènement indésirable (EVI) est un évènement inattendu qui perturbe ou aurait pu perturber le processus de soins, en le retardant et/ou en ayant des conséquences néfastes (physiques et/ou psychiques) pour le patient, un tiers ou le personnel en charge du patient (pour la catégorie comportement).

L'évènement indésirable n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie et s'écarte des résultats escomptés. Les événements indésirables sont classés sur une échelle à 5 niveaux : mineur (aucun impact sur le patient), majeur (pas d'impact sur le résultat, mais retard dans la prise en charge), sévère (conséquence temporaire sur le patient), critique (conséquence définitive pour le patient) et catastrophique (conséquences irréversibles pour plusieurs patients).

Chaque année, environ 2.500 EVI sont déclarés à Saint-Luc. Leur analyse et les actions de suivi menées par les gestionnaires de risque, en collaboration avec le terrain, contribuent à l'amélioration de nos pratiques et de notre environnement (équipements, procédures...). Durant tout ce processus, nous veillons au respect de la culture juste, c'est-à-dire que nous nous focalisons sur ce qui peut être amélioré structurellement dans les pratiques plutôt que sur l'identification d'un « coupable ».

Evolution commentée des EVI sur 4 années

	2021	2022	2023	2024
Nombre de déclarations	2.234	2.106	2.466	2.440
Nombre d'EVI	1.784	1.711	1.827	1.838
Nombre de dysfonctionnement	450	395	639	602
EVI mineurs	1.084	948	1.006	1.011
EVI majeurs	476	416	559	607
EVI sévères	35	55	44	53
EVI critiques	35	8	6	3

Le nombre de déclarations est stable depuis 2023 avec une diminution des événements critiques et une stabilité au niveau des événements sévères. Cette diminution des EVI critiques est un bon signe en matière de qualité et sécurité des soins.

Concernant les portes d'entrée des déclarations :

Une baisse des déclarations est observée pour certaines portes d'entrée (plaies de pression, chutes), ce qui semble correspondre au déploiement du Modèle Qualité Institutionnel. Ce dernier a joué un rôle clé dans la sensibilisation à grande échelle aux procédures institutionnelles, contribuant ainsi à une meilleure prévention des risques.

La principale porte d'entrée devient désormais le « processus de soins ». Derrière ce thème assez général se retrouvent toutes les questions de coordination des soins (préparation des patients avant intervention, retards...) et de transferts des patients, ainsi que de communication entre professionnels. L'augmentation pourrait être attribuée au fait qu'une plus grande attention est portée à ces sujets, suscitant dès lors plus de déclarations.

	2021	2022	2023	2024
Chute	702	642	613	494
Procédure/ processus de soins	504	519	684	666
Plaie de pression	214	203	219	214
Comportement	179	201	230	337
Médicament	170	148	158	214
Équipement	90	110	179	157
Extravasation	100	80	87	87

Les EVI nourrissent l'amélioration continue et des actions concrètes en découlent. En 2024, leur analyse a déjà permis d'identifier 142 actions correctrices (vs 125 en 2023), dont 47% sont déjà clôturées. A titre d'exemples :

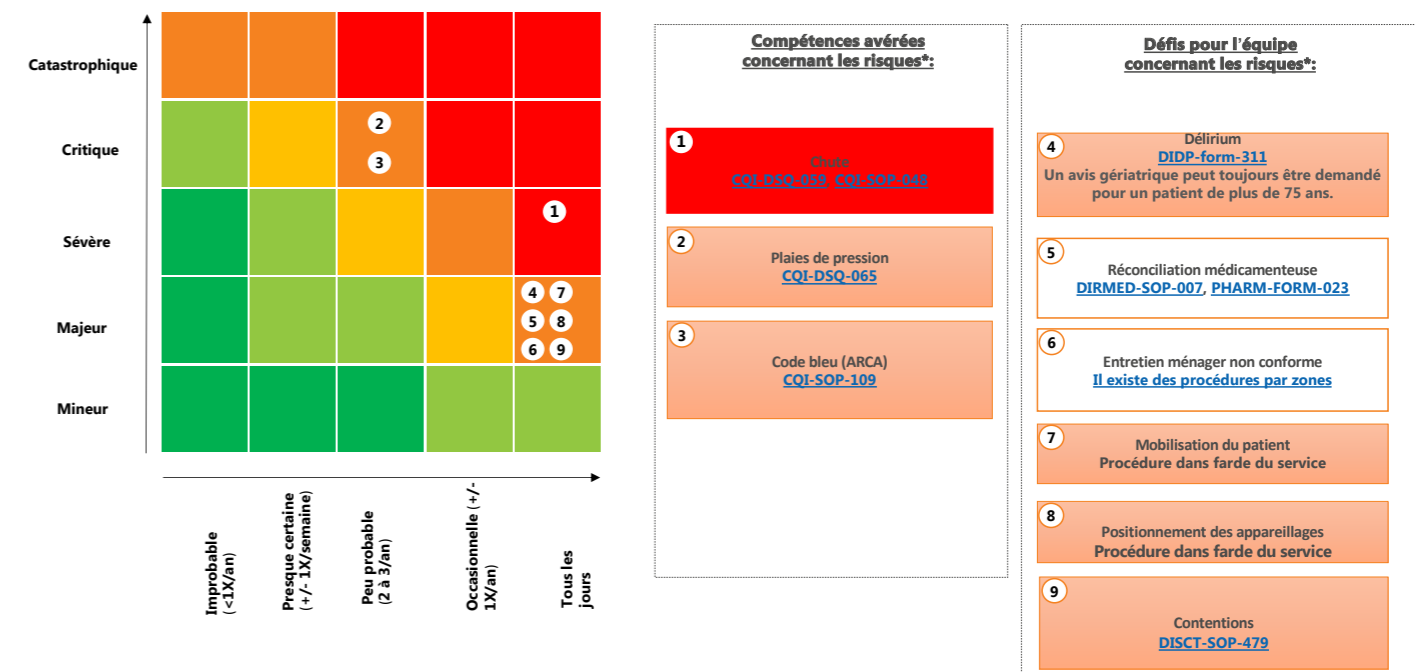
- À la suite de la déclaration d'un événement indésirable en lien avec une procédure d'urgence (« ARCA »), survenu en IRM, une simulation a eu lieu pendant le mois de la qualité en novembre 2024 avec l'équipe ARCA institutionnelle et l'équipe d'IRM. Cette simulation a permis d'affiner les procédures et d'entraîner les équipes ;
- Mise en place de chariots d'intervention d'urgence dans certaines unités qui n'en étaient pas encore équipées ;
- Détermination systématique du groupe sanguin sur les premiers prélèvements de sang d'un patient dont le groupe n'est pas encore connu, de manière à limiter les prélèvements nécessaires pour établir une double détermination ;
- Optimisation continue du dossier médical, par exemple l'optimisation et la sécurisation du processus de planification de certains examens qui nécessitent une anesthésie. Il était possible pour le prescripteur de modifier ce paramètre, conduisant parfois à des reports imprévus d'examens. L'anesthésie a été rendue obligatoire pour ces examens.
- La mise à jour de procédures liées au médicament (administration des médicaments, prévention des risques allergiques, délivrance des médicaments dans les unités, auto-gestion des médicaments par le patient et l'aidant proche pendant l'hospitalisation...) et la création d'une liste de favoris de médicaments pour simplifier l'encodage des prescriptions adéquates dans TPI aux soins intensifs néonataux.

Gestion proactive des risques - cartographie des risques

Explication de la méthode

En parallèle de la gestion des EVI, nous tenons à jour une cartographie des risques médicaux/cliniques et opérationnels : elle permet d'identifier les risques par lieu, de cibler les actions préventives (institutionnelles et locales) et de sensibiliser tout un chacun aux principaux risques de son environnement de travail. Ceci afin de prévenir leur concrétisation.

La cartographie des risques est composée d'un « dictionnaire » de 120 risques institutionnels et des risques spécifiques pour chaque service auxquels sont rattachés les procédures et les moyens de contingence. De ces 120 risques, les principaux sont repris pour chaque unité/service dans un top 10 ; c'est-à-dire les incidents qui sont le plus susceptibles de se produire dans le service d'après l'historique des événements indésirables au sein du service, de par le profil des patients, la fréquence d'exposition et le degré de maîtrise par le personnel. Les risques mis en avant peuvent également être fonction de la conséquence pour le patient.



Ce top 10 se présente sous un format de matrice facile à partager auprès de l'ensemble des métiers qui gravitent autour des patients.

Expérience patient



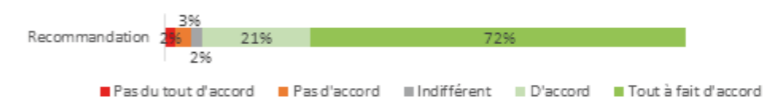
Enquêtes de satisfaction

Enquêtes de satisfaction en hospitalisation

Nous clôturons l'année 2024 en constatant que nos efforts pour récolter des retours ont porté leurs fruits avec 3.143 réponses (+47%). La quasi-totalité des unités de soins ont augmenté leur nombre de retours. Globalement, le taux de satisfaction et de recommandation se maintiennent à des niveaux élevés (respectivement 91% et 72%), avec des NPS positifs (+53 et +70).

Hospitalisation	2021	2022	2023	2024
Nombre de réponses	1024	1929	2131	3143
Satisfaction (% positif >6)	84%	89%	91%	91%
NPS sur la question de satisfaction	+39	+48	+51	+53
Pourcentage recommandation (« sûrement oui »)	67%	69%	72%	72%
NPS sur la question de recommandation	+62	+66	+70	+68

Lors d'une analyse plus détaillée du questionnaire, nous constatons que les points d'amélioration important concernent : la présentation du personnel auprès du patient, l'explication du déroulement du séjour (en d'autres termes le programme de la journée) et la gestion de la douleur.



Enquêtes de satisfaction en consultation

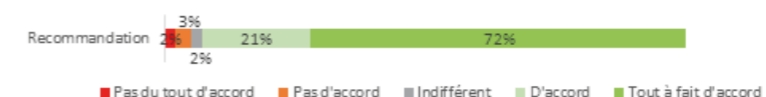
Depuis l'installation des bornes d'accueil, nous avons observé une diminution significative des retours, passant de 2873 enquêtes en 2023 à 818 pour la première vague de 2024, et 766 pour la deuxième vague en octobre.

Malgré les nombreux efforts déployés, incluant l'implication des bénévoles aux bornes, l'implication des patients partenaires et de l'équipe qualité dans la distribution des questionnaires, le nombre de retours a diminué.

Globalement, le taux de satisfaction et de recommandation se maintiennent néanmoins (respectivement 89% et 88%), avec des NPS positifs (+50 et +56).

L'analyse des résultats est en cours par la PAQS et ceux-ci seront comparés, comme l'année dernière, à celle du CHU Brugmann. D'autres hôpitaux rejoindront le benchmark l'année prochaine. Nous allons explorer des alternatives pour améliorer le taux de retour en 2025.

Consultation	Vague 2 / 2023	Vague 1 / 2024	Vague 2 / 2024
Nombre de réponses	1046	818	766
Satisfaction (% positif >6)	90%	90%	88%
NPS sur la question de satisfaction	+47	+52	+47
Pourcentage recommandation (« certainement/ tout à fait d'accord » et « probablement oui/ d'accord »)	90%	90%	86%
NPS sur la question de recommandation	+60	+59	+53



Programme « Chaque patient est S.P.E.C.I.A.L. »



Bien que nos chiffres de satisfaction soient bons, des améliorations sont possibles, notamment sur les aspects humains et interpersonnels. Les études montrent que ces aspects sont clés dans la construction d'une expérience positive, bien plus que des éléments matériels comme le confort, la nourriture ou même les temps d'attente.

A Saint-Luc, seulement 64,5% du personnel se présente (en baisse de 1,1 vs 2023) et seulement 59,5% des patients estiment avoir eu leur mot à dire. Nous avons dès lors développé une approche pour sensibiliser le personnel à ces aspects. Elle a été co-construite avec des membres du personnel et des patients durant le Mois de la Qualité 2023, et testée dans la deuxième partie de 2024.

Le programme s'articule autour d'un slogan, « Chaque patient est S.P.E.C.I.A.L. », avec une signification pour chaque lettre.

S

pour **Sourire**

P

pour **Se Présenter** ou **Proposer son aide**

É

pour **Écouter** attentivement et reconnaître **l'Émotion**

C

pour **Comprendre** la demande (reformulation) et identifier le besoin

I

pour **Interroger** le patient si nécessaire et **l'Informer/répondre** à la question du patient

A

pour **Accompagner** vers les étapes ultérieures, ou renvoyer vers la bonne personne

L

pour **Laisser une impression** positive

L'objectif est de donner une ligne de conduite claire au personnel et d'explicitier les attentes. L'acronyme est détaillé et adapté pour chaque métier de l'hôpital (administratifs, paramédicaux, soignants, médecins, personnel technique...). Des représentants de chaque métier ont été impliqués à cette fin.

Une formation à ce programme « S.P.E.C.I.A.L. » a été offerte à 34 collaborateurs durant le Mois de la Qualité, en novembre, avec un retour positif du personnel concerné. La formation sera rendue obligatoire en 2025 pour tout le personnel administratif en contact avec le patient, incluant le personnel administratif à l'étage (AIA). D'autres métiers pourront suivre en fonction du succès.

Patients Partenaires

En 2024, le comité de patients partenaires a accueilli de nouveaux membres, portant leur nombre à 23, avec des profils variés. Le comité a participé à 13 projets sur l'année 2024. Quelques-uns sont détaillés ci-dessous :

- signalétique et site web de l'IRA II ;
- recherche clinique : le Clinical Trial Center (CTC), a souhaité collaborer avec les patients partenaires pour relire et améliorer les documents d'études, et les rendre plus compréhensibles et accessibles aux participants. Suite à cette première phrase positive, le CTC a décidé de continuer à travailler avec eux sur la durée totale des études ;
- création d'une vidéo : deux patients partenaires guident les nouveaux patients pour leur première consultation aux cliniques (voir ici) ;
- projet algologie : Les infirmières ressources douleurs ont échangé avec les patients partenaires dans le but d'améliorer la fiche d'information à destination des patients qui devraient suivre un traitement en algologie.

En dehors du comité, nous avons également mené des projets plus spécifiques, par exemple une journée d'échanges entre les patients en dialyse et les professionnels.

Après un lancement du groupe fin 2022, l'année 2024 a permis de continuer à les installer et de nombreux services ont développé le réflexe de les inclure dans leurs réflexions.

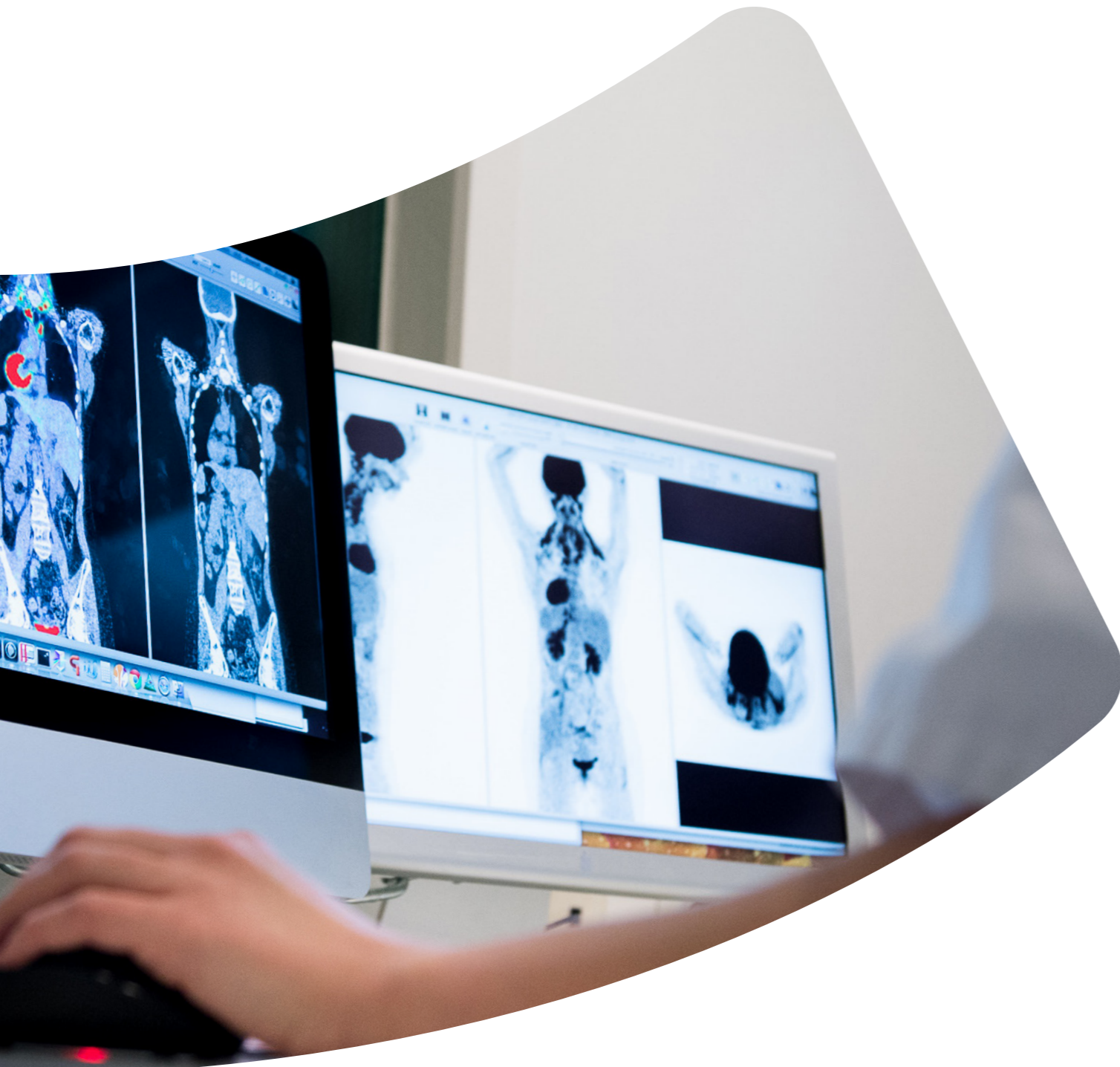
En 2025, nous poursuivons l'inclusion des patients partenaires dans des projets variés et nous envisageons de développer une rétrospective sur les 3 dernières années afin de mettre en lumière les bienfaits de l'implication des patients dans les projets/prises de décisions.

Systeme qualite

Les Cliniques comptent une trentaine de systemes qualite locaux, regulierement inspectes par des organismes exterieurs (privés ou publics) : AFMPS (agence du médicament), BELAC, Vinçotte... Chaque audit met en évidence des points d'amélioration et des remarques, qui sont suivies par le systeme qualite local. En 2024, plus de 10 inspections et audits exterieurs ont été menés. Quelques audits, au niveau des banques de materiel corporel humain et de l'alimentation, ont relevé des non-conformités. Des plans correctifs sont en place et acceptés par les autorités.

Par ailleurs, deux systemes supplémentaires sont en voie de mise en place et seront terminés en 2025 :

- L'Institut médico-légal sera couvert par la norme ISO 17020
- La filière "mère-enfant" travaille à la mise en place du label "Hôpital Ami des Bébé"

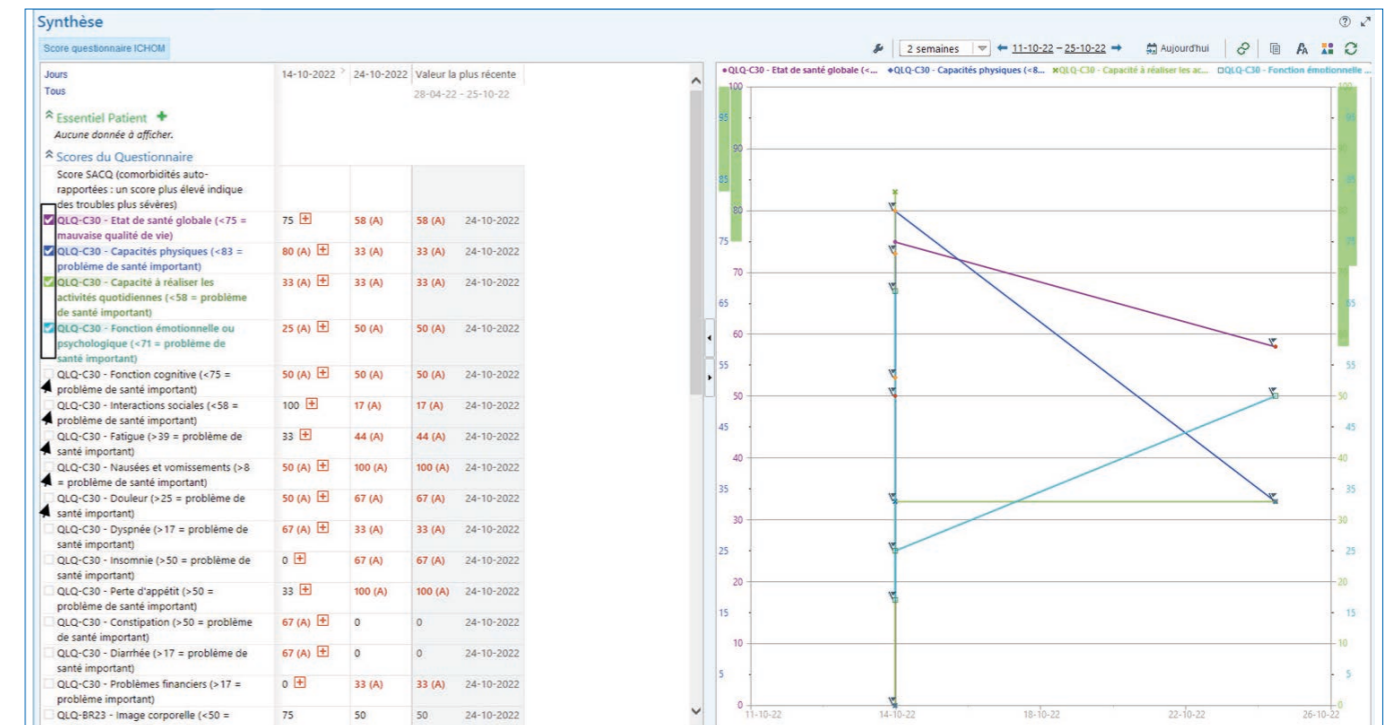


Résultats cliniques



Dernier pilier de notre vision pour la qualité, la mesure des résultats cliniques a également progressé en 2024. La mesure des résultats rapportés par les patients (PROMs) est en place en gastro-entérologie, oncologie (cancer du sein) et orthopédie (chirurgie de la main). En quatre ans, 4.800 patients ont été inclus dans l'itinéraire de soins, « cancer du sein » (incluant un suivi des résultats cliniques).

En 2025, le questionnaire « PROMIS » sera déployé pour tous les patients chroniques, en vue de mesurer leur qualité de vie avant et après le traitement.



Cancer du sein - Questionnaire sur la qualité de vie

Joint à un message de [nom] reçu le [date]

Questionnaire EORTC QLQ-C30: état de santé globale, dimensions fonctionnelles et symptômes
 Nous nous intéressons à vous et votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en indiquant ce qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles. Les questions se portent sur la SEMAINE PASSÉE.

Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux WC?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Etes-vous limité(e) d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous?

Pas de tout Un peu Assez Beaucoup

Coordination et rédaction : Jean Stoefs
Editeur responsable : Thomas De Nayer
Mise en page : Rudy Lechantre
Photos : S. Wittebolle / Saint-Luc et Shutterstock

Cliniques universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles
saintluc.be

© Cliniques universitaires Saint-Luc

Vous souhaitez vous inspirer de cette brochure ?
Merci de nous contacter préalablement.

Pour faciliter la lecture, nous avons choisi de ne pas utiliser l'écriture inclusive dans cette brochure. L'ensemble des termes employés doivent être compris dans un sens épïcène, désignant autant les femmes que les hommes, sans distinction.