

2022

RAPPORT D'ACTIVITÉS



Sommaire

Présentation

- | | |
|----|--|
| 06 | Avant-propos |
| 08 | Chiffres-clés |
| 13 | Organigramme |
| 14 | Organisation générale |
| 21 | Marc De Paoli,
nouvel Administrateur
délégué |
| 22 | Philippe Boxho,
nouveau Président du
Conseil d'administration |
| 22 | Roland Hustinx,
nouveau Président
du Conseil médical |
| 24 | Un nouveau tandem à la
tête du Département de
Médecine interne |

Prendre soin

- | | |
|----|--|
| 28 | Covid : un retour
"presque" à la normale |
| 29 | Bien-être du personnel,
toujours au cœur des
préoccupations |
| 31 | RH : une nouvelle
organisation centrée
sur le collaborateur |
| 31 | SIPPT |
| 32 | Vers un rapprochement
CHU-Citadelle : "Faire
converger nos forces
pour créer un pôle
public universitaire
d'excellence" |
| 33 | Accueil du patient : une
amélioration continue |

Continuer à rayonner

- | | |
|----|--|
| 38 | L'Institut de
Cancérologie Arsène
Burny ouvre ses portes
sur l'avenir |
| 41 | Fondation Léon
Fredericq : des ponts
pour soutenir la
recherche |
| 44 | Évènements 2022 |

Notre responsabilité académique et scientifique

- | | |
|----|----------------------|
| 50 | Prix et distinctions |
| 56 | Publications |

Comptes annuels 2022

- | | |
|-----|---------------------|
| 84 | Analyse 2022 |
| 102 | Rapport du Réviseur |





Présentation

Présentation

Avant-propos

Le changement est partout et permanent, cette année 2022 l'a encore démontré.

Au moment d'écrire ces lignes, le masque est tombé depuis plusieurs mois, mais si nous récupérons une vision claire des visages de nos collègues et des patients, il est indéniable que certains yeux sont aussi fatigués. Et pourtant, les collaborateurs restent aux côtés des patients, qu'ils travaillent à leur chevet direct ou de manière plus éloignée.

Aux situations de crise vécues par les hôpitaux ces dernières années, se combine une tension liée aux pénuries infirmières et de certaines fonctions médicales. C'est une réalité : certains lits fermés durant la crise Covid le sont toujours, par manque de personnel pour prendre en charge les patients.

Par ailleurs, le contexte budgétaire et de financement des hôpitaux, ainsi que les évolutions légales, nous imposent de revoir nos modèles. L'adaptabilité est déterminante : si nous souhaitons toujours assurer au patient le soin et l'accompagnement de qualité et accessible auquel nous sommes si profondément attachés, nous devons faire autrement, et ensemble.

C'est bien dans cet esprit, lucide, ouvert et constructif, que le travail de convergences CHU-Citadelle a été entamé en 2022. Entendre les nécessités marquées ainsi que les signaux faibles, repenser nos manières de faire, se doter d'une vision qui pérennise nos actions, rendre notre offre de soins soutenable, en impliquant activement toutes les parties prenantes, voilà notre ambition. Avec en préoccupation constante le dialogue, dans l'institution et entre les institutions.

Comme vous le constaterez dans ce rapport, l'hôpital ne cesse jamais de fonctionner. Dans les sections qui suivent, vous verrez qu'il peut aussi rayonner.

Résumer en quelques pages le travail de toute une année relève de l'impossible ; ce rapport d'activités à lui seul ne peut refléter l'ampleur du travail mené par les équipes qui sont mobilisées chaque jour, chaque nuit. Parfois dans l'ombre, parfois dans la lumière. Que chacune et chacun soit remercié !

Excellente lecture,



**Philippe
BOXHO**

Président du Conseil
d'administration



**Marc
DE PAOLI**

Administrateur
délégué



**Pierre
GILLET**

Médecin-chef



Quelques chiffres-clés

ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Un acteur de référence

Depuis son inauguration en 1987, le CHU de Liège est devenu l'un des acteurs majeurs du monde hospitalier wallon.

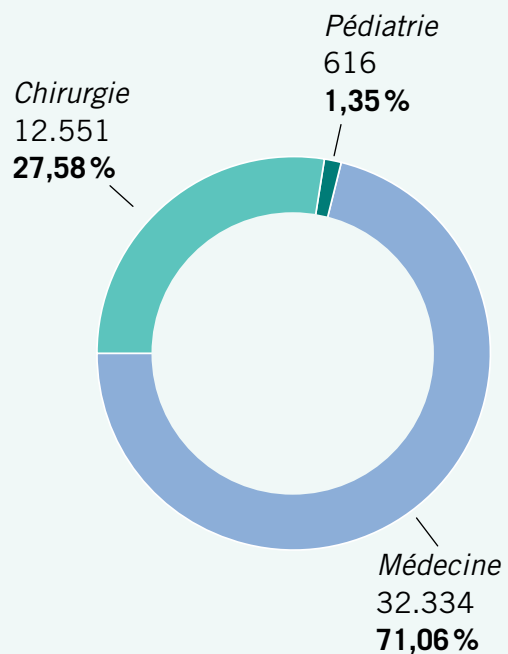
Le CHU de Liège a accueilli plus de 2 600 personnes chaque jour en consultation, 270 patients aux Urgences, 180 en Hôpital de jour et 155 en hospitalisation classique. Plus de 1 000 médecins, répartis entre une cinquantaine de services, dispensent des soins spécialisés dans toutes les disciplines médicales.

Les chiffres de 2022, repris ci-après, témoignent de l'importance de l'institution et de l'étendue des services qu'elle offre à la population.

Hospitalisations de jour (hors dialyse)

45.501

Journées d'hospitalisation de jour
(+4% par rapport à 2021)



Hospitalisations classiques

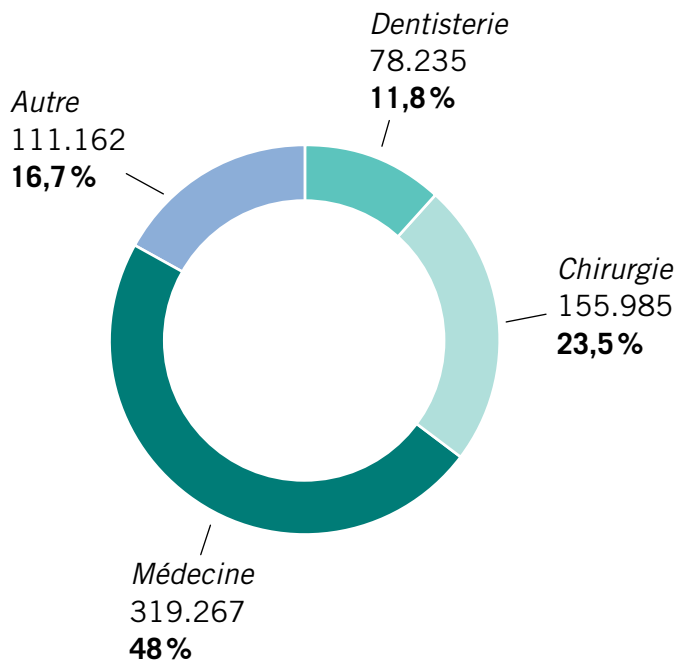
39.187

Admissions en hospitalisation classique
(+3,4% par rapport à 2021)

Visites ambulatoires (hors kiné, imagerie, radiothérapie et téléconsultations)

664.649

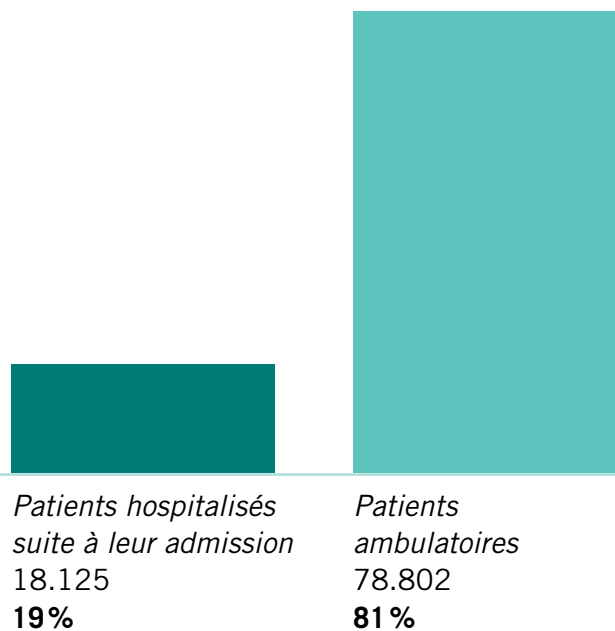
Fréquentation des polycliniques
(+2,2% par rapport à 2021)



Urgences

96.927

Fréquentation des Urgences
(+12% par rapport à 2021)



En tant qu'hôpital universitaire, le CHU de Liège veille à dispenser à tous ses patients les soins de la plus haute qualité. Au même titre que tous les hôpitaux universitaires, trois missions spécifiques lui ont été confiées :

- La prise en charge des pathologies complexes, spécifiques ou nouvelles : ces soins cliniques de pointe exigent une expertise médicale particulière, un encadrement infirmier et paramédical de haut niveau et un équipement de haute technologie ;

- La recherche clinique, la mise au point et l'évaluation des nouvelles techniques médicales : en Belgique francophone, 90% des publications scientifiques liées à la recherche médicale sont issues des hôpitaux universitaires ;

- L'enseignement : les hôpitaux universitaires assurent la formation clinique des étudiants en médecine, la formation du personnel soignant, ainsi que la formation continuée des médecins généralistes et spécialistes.

Avec plus de 6 000 salariés, le CHU de Liège est le principal employeur de la région liégeoise. En 2022, son personnel représentait 5 831,76 équivalents temps plein.

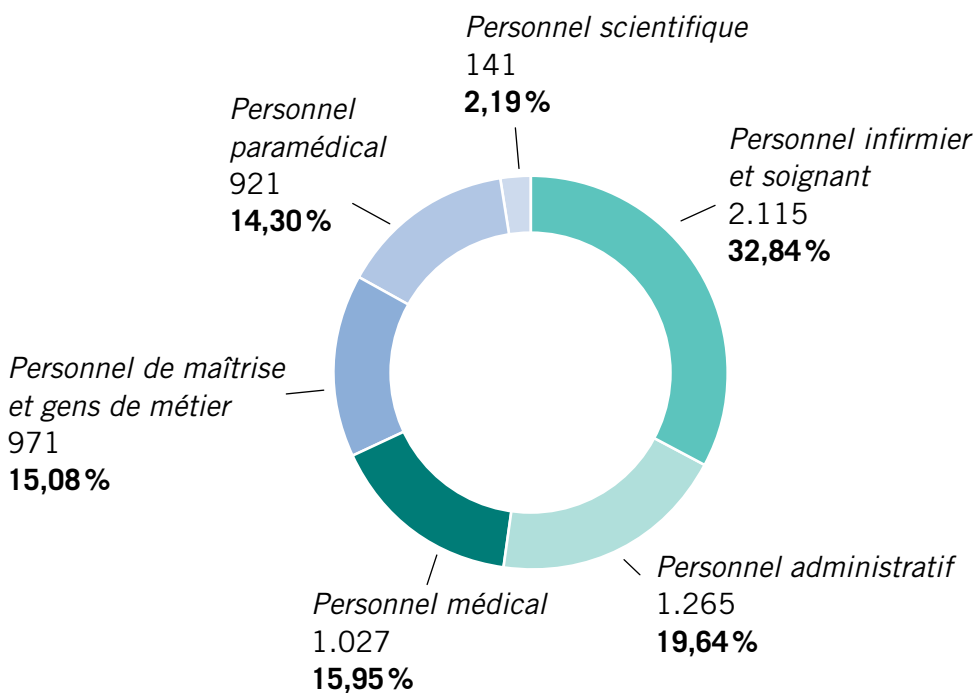
PERSONNEL

Emploi

6.420

travailleurs salariés

(5.831,76 équivalents temps plein)



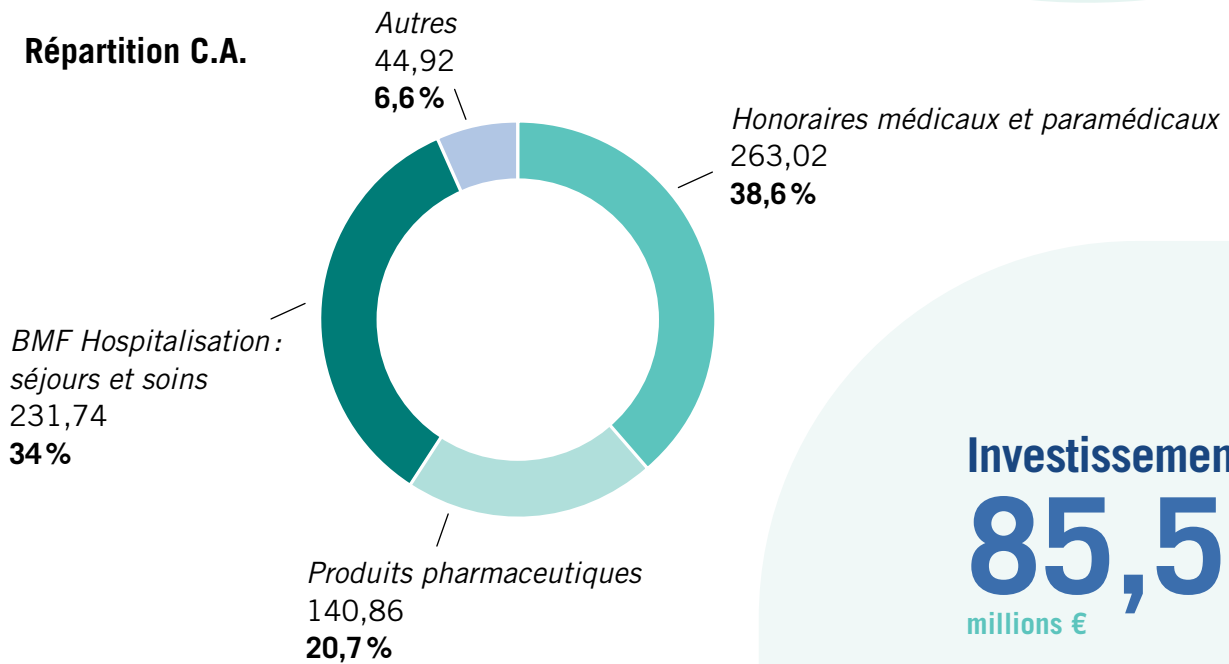
FINANCE

Chiffre d'affaires

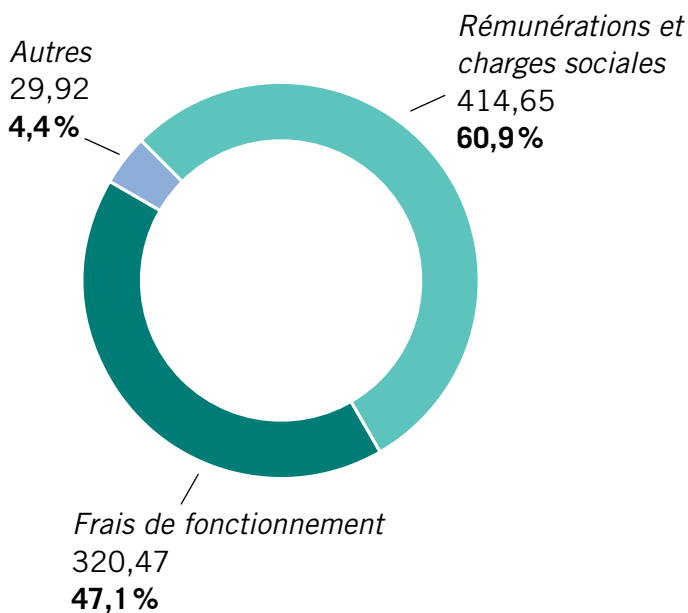
680,54

millions €

Répartition C.A.



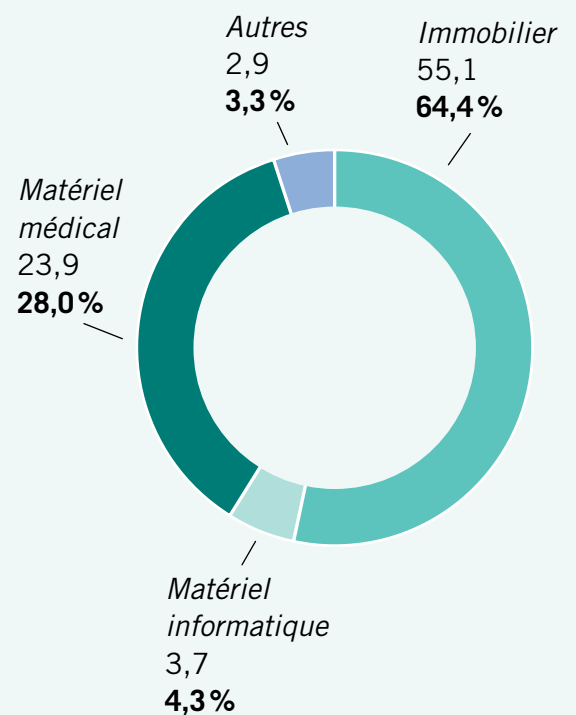
Répartition Charges d'exploitation



Investissements

85,5

millions €

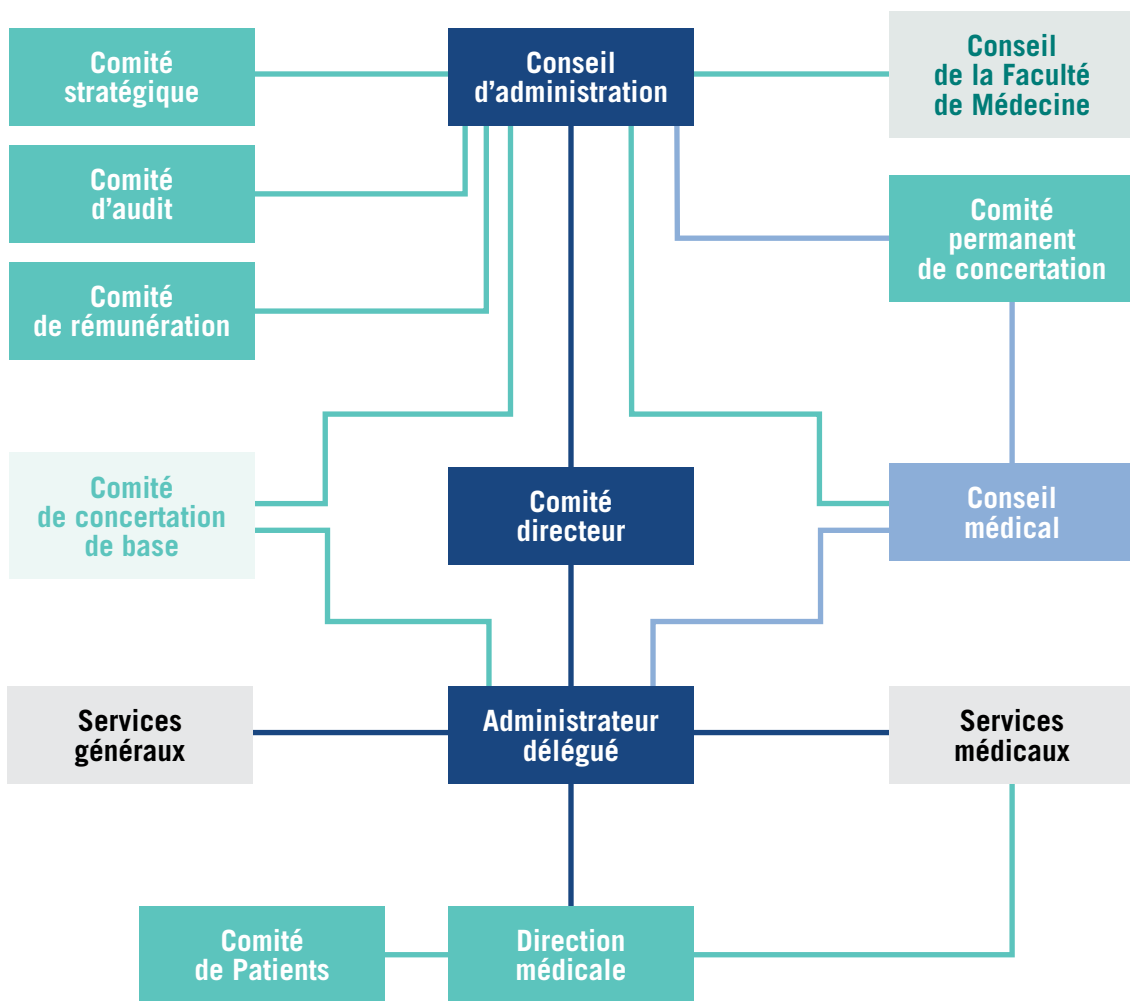




Organigramme général

Organisme d'intérêt public, le CHU de Liège bénéficie d'une large autonomie dans sa gestion, ce qui lui permet de développer un véritable projet d'entreprise.

Le Conseil d'administration est le principal organe de décision, la tutelle étant exercée par la ministre de l'Enseignement supérieur et des hôpitaux universitaires.



- Liens hiérarchiques
- Concertation
- Avis

Organisation générale

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres nommés par le Gouvernement

- Pr. Jean-Michel CRIELAARD, Président (du 1^{er} juin 2021 au 21 septembre 2022)
- Pr. Philippe BOXHO, Président (à partir du 19 octobre 2022)
- M. Marc DE PAOLI, Administrateur délégué (à partir du 17 janvier 2022)
- M^{me} Nicole MARÉCHAL, Vice-Présidente
- M. Jean-Pascal LABILLE, Vice-Président
- Dr Lucien BODSON, Vice-Président
- Pr. Jean-Marc TRIFFAUX
- M^{me} Julie COLEMANS
- Pr. Claude DESAMA
- Dr Hubert JAMART
- M^{me} Marie-Claire LAMBERT
- Dr Audrey NEUPREZ
- M. Gaëtan SERVAIS

Membres ex officio (3 membres)

- Pr. Pierre WOLPER, Recteur de l'Université de Liège (jusqu'au 30 septembre 2022)
- Pr. Anne-Sophie NYSSSEN, Rectrice de l'Université de Liège (à partir du 1^{er} octobre 2022)
- M^{me} Anne GIRIN, Administratrice de l'Université de Liège
- Pr. Edouard LOUIS, Doyen de la Faculté de Médecine

Membres élus par et parmi les médecins en chef et les médecins hospitaliers chefs de service (2 membres)

- Pr. Philippe LEFEBVRE
- Pr. Jean-Olivier DEFRAIGNE

Membres élus par et parmi les médecins hospitaliers non chefs de service (2 membres)

- Dr Catherine LOLY
- Dr Pierre LOVINFOSSE

Membres élus par et parmi les membres du personnel administratif, technique, spécialisé, paramédical et de gestion (2 membres)

- M^{me} Marie-Hélène BEAUPAIN
- M^{me} Fabienne CESAR

Invités aux séances du Conseil

- Pr. Pierre GILLET, Médecin-chef
- M. Jean-Yves PIRENNE, Commissaire du Gouvernement
- M. Patrick DELAUNOIS, Délégué du Ministre du Budget
- M. Michel MIKOLAJCZAK
- M^{me} Isabelle DEGAND, adjointe à l'Administrateur délégué (à partir du 17 janvier 2022)
- M^{me} Laura JEUNHOMME, observatrice représentant le Centre Neurologique et de Réadaptation de Fraiture (à partir du 29 juin 2022)
- M^{me} Delphine GILMAN, Responsable Communication *f.f.*
- Pr. Roland HUSTINX, Président du Conseil médical (à partir du 1^{er} octobre 2022)

Secrétaire du Conseil

- M^{me} Fabienne BONNET (jusqu'en mars 2022)
- M^{me} France-Isabelle DEBRY (à partir du 9 mars 2022)

COMITÉ DIRECTEUR

- Pr. Jean-Michel CRIELAARD, Président (du 1^{er} juin 2021 au 21 septembre 2022)
- Pr. Philippe BOXHO, Président (à partir du 19 octobre 2022)
- M^{me} Isabelle DEGAND, Administratrice déléguée *f.f.* (du 1^{er} octobre 2021 au 17 janvier 2022)
- M. Marc DE PAOLI, Administrateur délégué (à partir du 17 janvier 2022)
- Pr. Pierre GILLET, Médecin-chef

DIRECTION GÉNÉRALE

- M^{me} Isabelle DEGAND, Administratrice déléguée *f.f.* (du 1^{er} octobre 2021 au 17 janvier 2022)
- M. Marc DE PAOLI, Administrateur délégué (à partir du 17 janvier 2022)

DIRECTION MÉDICALE

- Pr. Pierre GILLET, Médecin-chef
- Dr Geneviève CHRISTIAENS, Médecin-chef adjoint

CONSEIL MÉDICAL

- Pr. Michel MALAISE, Président (jusqu'30 septembre 2022)
- Pr. Roland HUSTINX, Vice-Président (jusqu'au 4 octobre 2022) et Président (à partir du 4 octobre 2022)
- Pr. Corinne CHARLIER, Vice-Présidente
- Dr Gilles REUTER, Vice-Président (à partir du 4 octobre 2022)
- Pr. Amélie MAINJOT, Secrétaire

Représentants des médecins chefs de service

- Pr. Corinne CHARLIER
- Pr. Frédéric KRIDELKA
- Pr. Michel MALAISE (jusqu'au 30 septembre)
- Pr. Patrizio LANCELLOTTI (à partir du 1^{er} octobre)
- Pr. Jean-Luc NIZET
- Pr. Jean-Marie RAKIC
- Pr. Gabrielle SCANTAMBURLO
- Pr. Marie-Christine SEGHAYE
- Pr. Roland HUSTINX

Représentants des médecins non chefs de service

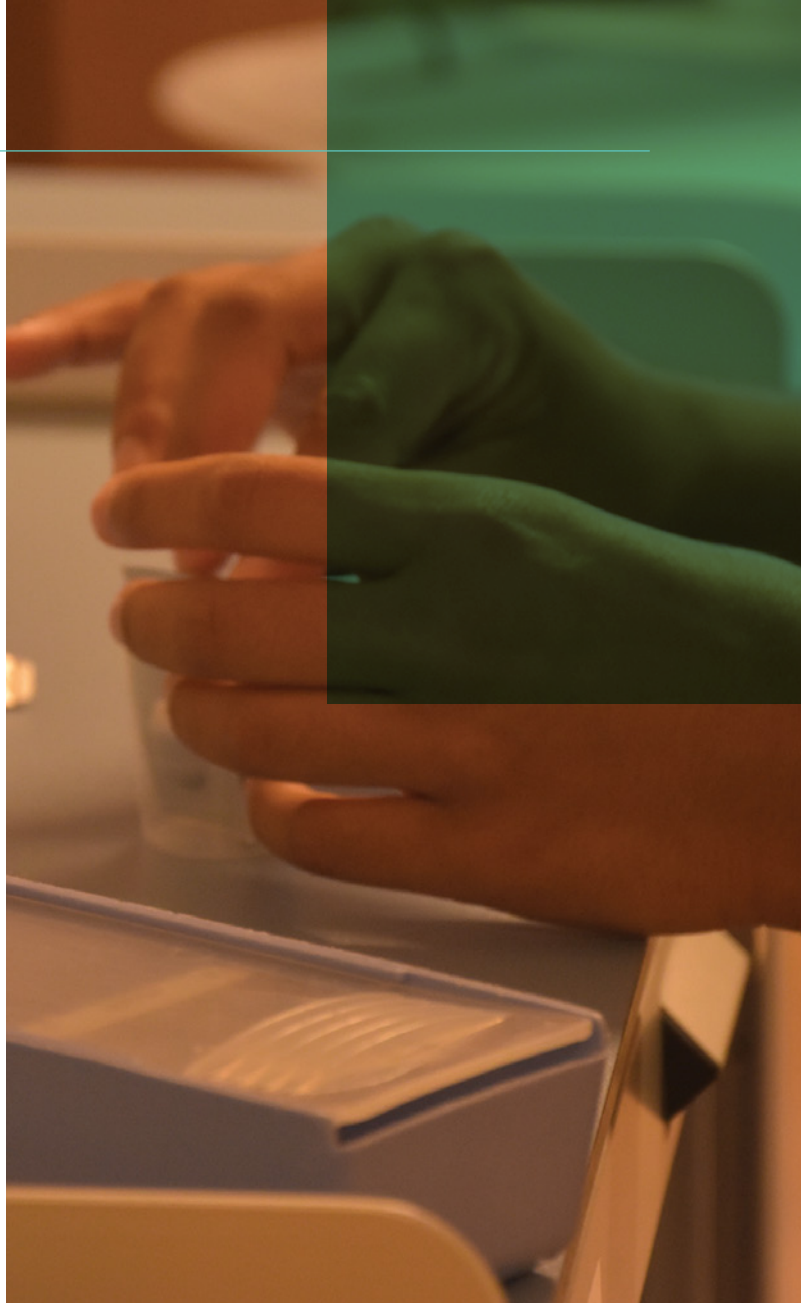
- Dr Sarah BETHLEN
- Dr Carla COIMBRA
- Dr Julien FANIELLE
- Dr Christine GENNIGENS
- Pr. Amélie MAINJOT
- Dr Gilles REUTER
- Dr Marc SENARD
- Dr Françoise TASSIN

Représentant des candidats spécialistes en formation

- Dr Chloé DENIS

Invités permanents représentant les services universitaires implantés dans des hôpitaux extérieurs

- Pr. Aude BELIARD
- Dr Frédéric CHANTRAINE
- Dr Arnaud FUMAL



SERVICES MÉDICAUX

Département d'Anesthésie-Réanimation

- Pr. Vincent BONHOMME

Département de Chirurgie

- Chirurgie abdominale, endocrine et Transplantation
Pr. Arnaud DE ROOVER
- Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
Pr. Jean-Olivier DEFRAIGNE
- Chirurgie de l'Appareil locomoteur
Pr. Thierry THIRION
- Chirurgie maxillo-faciale et plastique
Pr. Jean-Luc NIZET
- Neurochirurgie
Pr. Didier MARTIN
- Urologie
Pr. David WALTREGNY

Département de Dentisterie

- Dentisterie conservatrice de l'Adulte
Pr. Sabine GEERTS
- Orthopédie dento-faciale
Pr. Annick BRUWIER
- Prothèse amovible Pr. Marc LAMY
- Prothèse fixée Pr. Alain VANHEUSDEN
- Parodontologie, Chirurgie bucco-dentaire et Chirurgie implantaire Pr. France LAMBERT

Département de Gynécologie-Obstétrique

- Gynécologie-Obstétrique
Pr. Frédéric KRIDELKA
- Gynécologie-Obstétrique (Citadelle)
Pr. Michelle NISOLLE
- Gynécologie, Sénologie, Obstétrique (CHBA)
Pr. Aude BELIARD
- Sénologie Pr. Eric LIFRANGE

Département de Médecine interne

- Cardiologie Pr. Patrizio LANCELOTTI
- Diabétologie, Nutrition, Maladies métaboliques Pr. Nicolas PAQUOT
- Endocrinologie clinique
Pr. Patrick PETROSSIANS
- Gastroentérologie Pr. Edouard LOUIS
- Gériatrie Pr. Sophie GILLAIN
- Hématologie clinique Pr. Yves BEGUIN
- Maladies infectieuses, Médecine interne générale Pr. Michel MOUTSCHEN
- Néphrologie Pr. François JOURET
- Neurologie Pr. Pierre MAQUET
- Neurologie (Citadelle)
Pr. Alain MAERTENS de NOORDHOUT
- Oncologie médicale Pr. Guy JERUSALEM
- Pneumologie-Allergologie Pr. Renaud LOUIS
- Rhumatologie
Pr. Michel MALAISE
(jusqu'au 30 septembre)
Pr. Clio RIBBENS
(à partir du 1^{er} octobre 2022)

Département de Pédiatrie

- Pédiatrie Pr. Marie-Christine SEGHAYE
- Néonatalogie (Citadelle) Pr. Vincent RIGO

Département de Physique médicale

- Médecine nucléaire Pr. Roland HUSTINX
- Radiothérapie Pr. Philippe COUCKE
- Radiodiagnostic Pr. Paul MEUNIER

Autres services

- Dermatologie Pr. Arjen NIKKELS
- Médecine de l'Appareil locomoteur
Pr. Jean-François KAUX
- Psychiatrie et Psychologie médicale
Pr. Gabrielle SCANTAMBURLO
- Urgences Pr. Alexandre GHUYSEN
- Psychiatrie infanto-juvénile
Pr. Alain MALCHAIR
(jusqu'au 30 septembre 2022)
Pr. Marie-Christine SEGHAYE *f.f.*
(à partir du 1^{er} octobre 2022)
- Soins intensifs
Pr. Benoît MISSET
- Ophtalmologie Pr. Jean-Marie RAKIC
- Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. Philippe LEFEBVRE

LABORATOIRES D'ANALYSES

Unilab-Lg

- Anatomie pathologique
Pr. Philippe DELVENNE
- Chimie médicale Pr. Etienne CAVALIER
- Génétique Pr. Vincent BOURS
- Hématologie biologique et Immuno-
Hématologie Pr. André GOTHOT
- Microbiologie clinique
Pr. Marie-Pierre HAYETTE
- Toxicologie Pr. Corinne CHARLIER

PHARMACIE

Département de Pharmacie hospitalière

- Directrice M^{me} Manon KOKOU
- Officine M. Didier MAESEN
- Production et Essais cliniques
M^{me} Isabelle ROLAND
- Gestion des Processus et Tarification
M. Gaëtan VAN HAREN
- Pharmacie CNRF M^{me} Manon KOKOU



DÉPARTEMENT INFIRMIER

- **Directeur**
M. Eric MACLOT
- **Directrice-adjointe**
M^{me} Laura JEUNEHOMME
- **Infirmiers chefs de service**
M. Christophe BARBIER
M^{me} Virginie BAY
M. Thibaut DEGRAEVE
M^{me} Théodora GIAGOULTSIS
M^{me} Claude LUCAS
M^{me} Fabienne MELCHIOR
M^{me} Christel MENOZZI
M^{me} Silva PASAOGLU
M^{me} Valérie ROSSIGNOL
M. Michel SCHNEYDERS
M. Olivier THONON
M^{me} Sylviane VACCARELLA

SERVICES GÉNÉRAUX

Communication

- **Responsable** M^{me} Delphine GILMAN *f.f.*

Service d'Appui à la Gestion opérationnelle et stratégique

- **Responsable** M^{me} Anne-Catherine DUPONT

Service Sécurité/Qualité et Gestion des Risques

- **Responsable** M^{me} Saadia LASRI

Valorisation de l'Humanisation

- **Responsable** M^{me} Mireille MONVILLE

Département de Gestion des Ressources humaines

- **Directrice** M^{me} Isabelle DEGAND
- **Accompagnement et Gestion de la Carrière**
M^{me} Nathalie RENIER
- **Accompagnement et Support au
Management** M. Philippe EVRARD
- **Exploitation des données RH**
M^{me} Laurence MARRA
- **Service social du Personnel** M. Richard LINT



Département des Services logistiques

- Directeur M. Jean CODOGNOTTO
- Logistique Achats et Marchés publics
M^{me} Sandra LEROY
- Logistique Approvisionnements
M. Philippe COLINE
- Logistique Patient
M^{me} Anne-Catherine GEURTS
- Logistique hôtelière et diététique
M. Philippe LEDENT

Département financier

- Directrice et adjointe à l'Administrateur
M^{me} Isabelle DEGAND
- Coordination générale
M^{me} Laurence CARABIN
- Comptabilité M^{me} Nathalie PARMANTIER
- Facturation M^{me} Laura CAENEN
- Recouvrement et Contentieux
M. Laurent CAMPIONI
- Administration des Patients
M. Thierry COLLETTE

Département technique

- Directeur M. Christian FRANCK
- Coordinatrice administrative
M^{me} Isabelle STIEVENART
- Ateliers biomédicaux M. Huy DINH
- Bureau d'études M. Bruno HENRARD
- Exploitation des sites M. Aldo CASALICCHIO
- Gestionnaire de projets
M^{me} Joëlle RADEMAKERS

Gestion du Système d'Information (GSI)

- Directeur Pr. Philippe KOLH
- Secteur Appui méthodologique aux Projets GSI et Planification (APP)
M^{me} Noémi JAVAUX
- Coordination générale/Gestion des Systèmes informatiques M. Michel RAZE
- Secteur Accompagnement, Paramétrage et Formation (APF) M^{me} Isabelle SIMON
- Service des Applications Informatiques (SAI)
M. Michel RAZE
- Service Architecture Technique et Infrastructure (ATI) M. Laurent DEBRA
- Service des Informations Médico-Economiques (SIME) Pr. Philippe KOLH

Médiation du Personnel

- Responsable M^{me} Jessica OURAGA

Médiation hospitalière

- Responsable M^{me} Caroline DOPPAGNE

Service de Psychologie clinique et d'Action sociale

- Responsable M. Eric ADAM

Service juridique

- Responsable M^{me} France-Isabelle DEBRY *f.f.*

Service interne pour la Prévention et la Protection du Travail

- Responsable M. Joefrey WIBRIN

Marc De Paoli, nouvel Administrateur délégué

Marc De Paoli a entamé l'année 2022 en succédant à Isabelle Degand, qui avait fait fonction d'Administratrice déléguée les cinq mois précédents.

Désigné par le Conseil d'administration du CHU le 17 janvier, notre Administrateur délégué a rapidement pris ses marques en allant à la rencontre des équipes. Une sorte de seconde nature pour un homme qui voit dans le dialogue une ressource inépuisable, dans la confiance un principe relationnel qu'il importe de préserver, et dans la co-construction les fondements de son adage «*C'est celui qui fait, qui sait*».

Après 17 années passées en tant que Directeur général de la Clinique André Renard et 12 années en tant que Directeur général de la Centrale des Services à Domicile, c'est avec un immense plaisir qu'il a rejoint le CHU de Liège. Conscient que l'hôpital reste traversé par des crises successives mobilisant fortement les équipes, il sait aussi que la gestion du changement est une nécessité permanente, surtout dans un contexte d'équilibre déjà délicat en termes de santé publique, de financement et d'accessibilité des soins, mais aussi de pénurie de ressources humaines.

Le plan stratégique quinquennal présenté au CA en mars 2022 (et évalué annuellement) a mis en évidence 6 axes clairs qui constituent des balises pour les décisions et le travail à mener : Humain, Réseau, Finances, Communication, Performance, Evaluation. Avec une valeur essentielle, le Dialogue, pour compléter les valeurs d'entreprise REPRO existantes. 2022 était aussi l'année des premiers contacts avec l'Hôpital de la Citadelle, dans une ambition partagée de convergence.

«L'hôpital est un environnement tout aussi fragile que précieux, nous aurons plus que jamais besoin de respect, d'engagement et de confiance. Je me réjouis de découvrir les multiples richesses dont cette entreprise magnifique regorge. De rencontrer les forces vives qui rendent possible ce travail quotidien, mené parfois dans l'ombre mais toujours essentiel pour contribuer à rencontrer nos missions de soin, de recherche, d'enseignement, sans oublier notre responsabilité sociétale», nous confiait-il à son arrivée.



Philippe Boxho, nouveau Président du Conseil d'administration



En octobre 2022, le Conseil d'administration a élu le Pr. Philippe Boxho en qualité de Président du CA, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

Connu pour son charisme et son franc-parler, c'est aussi un irréductible optimiste. A 57 ans, notre nouveau Président du CA ambitionne entre autres de rassembler, concilier, aplanir les angles et brasser un maximum d'énergie positive autour du CHU de Liège.

Philippe Boxho a à cœur de mener les choses à bien à travers la conciliation. Il souhaite être le moyen permettant aux projets de se réaliser, mais aussi être attentif aux aspects financiers, et les assainir si besoin. Il souhaite également que le rapprochement avec l'Hôpital de la Citadelle se fasse de manière efficace, car il y voit non seulement une bonne idée, mais aussi une nécessité.

Conscient des défis auxquels fait face le CHU, notamment en matière énergétique, il partage avec l'Administrateur délégué Marc De Paoli la nécessité de faire très attention aux pratiques de l'institution, d'assurer que notre "outil" continue à fonctionner avec une situation financière qui soit la plus saine possible.

Les challenges ne manquent pas, ils seront relevés notamment avec les membres du CA. A l'ensemble du personnel du CHU, il a souhaité exprimer ceci : *«Les temps sont difficiles, mais ayez confiance dans l'avenir!»* Une expression à propos pour un homme résolument positif!

Roland Hustinx, nouveau Président du Conseil médical

Nommé en 2004, élu en 2005 pour la première fois au Conseil médical du CHU, le Pr. Roland Hustinx est nommé Chef du Service de Médecine nucléaire du CHU. Depuis, ce médecin, chercheur et enseignant, qui a été diplômé docteur en médecine, chirurgie et accouchement en 1992, poursuit sa route. Après avoir passé deux ans comme boursier à UPenn Philadelphie (où il découvre la recherche translationnelle *«Cela m'a donné le goût de la médecine universitaire et m'a*

marqué par le côté cosmopolite de la vie»), ce spécialiste en médecine nucléaire poursuit son cursus avec des thèses (Doctorat en Sciences médicales, Agrégation de l'enseignement supérieur avec comme thématique l'imagerie isotopique oncologique).

Dès octobre 2022, il s'investit dans sa tâche de nouveau Président du Conseil médical, l'organe représentatif des médecins. «Nous sommes 17 membres élus, plus trois membres représentants des services du CHU en dehors de l'hôpital. Le rôle du Conseil médical est régi par la loi sur les hôpitaux. Il a un rôle consultatif, un rôle d'avis du gestionnaire vis-à-vis du Conseil d'administration par rapport à toute une série de compétences, en rapport avec la fonction et l'activité des médecins dans l'hôpital.»

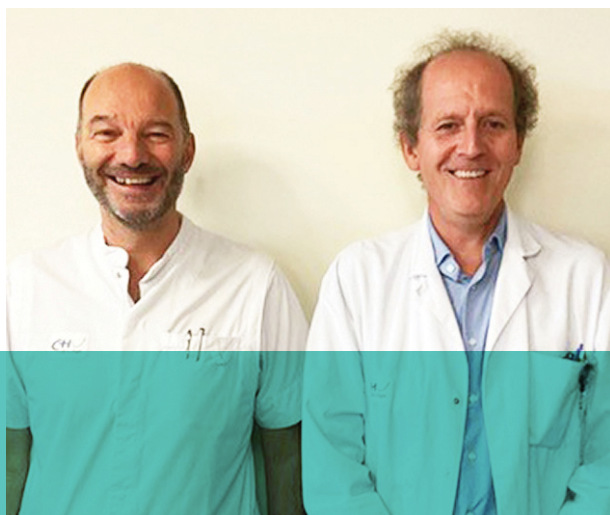
Le Président est élu par les membres du Conseil médical. «Il a une double fonction : de coordination de l'action du Conseil médical et de représentation vis-à-vis de diverses instances. Il se fait le relais des préoccupations des médecins vers la Direction et dialogue avec les médecins. Je dois évidemment être à l'écoute de tous les médecins du CHU et de leur préoccupation.»

Il ne cache pas sa grande priorité : «J'ai une préoccupation, presque une obsession, pour le caractère universitaire de l'activité médicale du CHU. L'institution n'est pas pour moi un choix par défaut. J'ai décidé de venir au CHU et d'y rester. C'est un choix positif et je veux maintenir voire développer la dimension universitaire de l'activité : c'est-à-dire la recherche clinique, la recherche translationnelle, le lien avec la recherche fondamentale et tous les laboratoires de l'Université et notamment le GIGA. Quand on fait de l'intelligence artificielle, on implique des ingénieurs, des physiciens de la Faculté des Sciences, de la Faculté des Sciences appliquées... toutes ces dimensions sont extrêmement importantes, auxquelles il faut ajouter un enseignement et une formation qui sont de premier plan dans notre hôpital.»

Cette nouvelle fonction ne lui fera pas oublier son travail quotidien : «Je suis un médecin nucléariste, issu de la médecine interne. Nous avons un Service de Médecine nucléaire et d'Imagerie oncologique dont je suis heureux de pouvoir dire que les collaborateurs, nucléaristes et radiologues, sont nombreux, jeunes avec une production scientifique soutenue et avec un développement universitaire très intéressant.»



Un nouveau tandem à la tête du Département de Médecine interne



Depuis le 1^{er} octobre 2022, les Professeurs Edouard Louis et Nicolas Paquot occupent respectivement les fonctions de vice-Président et Président du Département de Médecine interne du CHU de Liège.

Ils se connaissent depuis l'époque où ils n'auraient pas juré devenir médecins, et encore moins chefs de service au CHU de Liège. Ils partagent désormais le même enthousiasme à l'idée d'apporter leur expérience, leurs qualités personnelles et leur complicité au service du Département de Médecine interne.

Edouard Louis: le lien avec la Faculté de Médecine

Edouard Louis est Chef du Département de Gastro-entérologie du CHU de Liège depuis 2010, et Doyen de la Faculté de Médecine depuis 2021. Pour lui, les deux fonctions sont complémentaires.

L'idée principale ayant motivé sa candidature à la vice-Présidence du Département de Médecine interne ? «*C'est d'avoir une connexion importante entre le Département de Médecine interne et le décanat de la Faculté de Médecine de l'ULiège, parce qu'un des rôles du Département est*

d'organiser la formation des assistants, si bien que cette connexion permet d'être à la source de l'information pour la bonne gestion du Département.»

Nicolas Paquot: collaboration et coordination

Nicolas Paquot est quant à lui Chef du Service Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques du CHU de Liège depuis 2016. L'environnement universitaire lui permet aussi d'assouvir sa curiosité et son goût pour l'enseignement. Il partage son enthousiasme pour les matières qu'il maîtrise en les enseignant dans différentes sections de la Faculté de Médecine. Pour lui, la présidence du Département de Médecine interne va aussi de pair avec un aspect qu'il apprécie: la coordination. «*De manière générale, le sens de l'organisation fait partie de mes caractéristiques. Je ne me substitue pas aux onze chefs de services qui composent le Département, mais j'ai plutôt un rôle de coordination transversale, et je pense que mon esprit ouvert et consensuel est une qualité pour cette fonction. Et puis, à bientôt 60 ans, mon expérience peut être une bonne chose aussi.*» Ses maîtres-mots sont donc la collaboration et la coordination. «*Le Président est un peu là pour mettre de l'huile dans les rouages et faire en sorte que les choses se passent de la façon la plus efficace possible à tout point de vue.*»

Priorité à une formation de qualité des assistants

Leurs priorités pour les mois à venir ? Pas de réelle "révolution" en vue. Mais ils comptent plutôt se mettre dans les sillons tracés par l'équipe dirigeante précédente et poursuivre les nombreuses missions du Département dans les meilleures conditions possibles. *«Ma priorité est certainement d'essayer de continuer à faire en sorte que les assistants qui sont sous la responsabilité directe du Département de Médecine interne bénéficient de la formation la plus qualitative possible, et que ça se passe de la manière la plus harmonieuse et épanouissante possible»*, décrit Nicolas Paquot. La charge de travail importante au sein de l'hôpital, spécialement durant la crise Covid, ou encore la nouvelle législation sur le travail des assistants, sont autant de défis qui rendent la vigilance nécessaire.

Assurer la relève

Edouard Louis complète : *«De mon point de vue, en tant que Doyen de la Faculté de Médecine, le versant académique lié à la formation des assistants est évidemment une priorité. Nous avons notamment le projet d'intégrer en médecine interne de la formation par la simulation d'actes techniques, ce qui n'existait pas jusqu'à présent.»* Il compte aussi s'assurer qu'il y ait toujours des assistants avec un statut FNRS. *«Les chercheurs assistants de médecine interne sont d'ailleurs souvent bien positionnés en la matière puisque plusieurs services de notre Département ont des activités de recherche. Or, ces chercheurs sont des personnes clés pour l'avenir dans notre région et d'un hôpital universitaire. Ce sont eux qui prendront un jour la relève.»*

Pour les aider dans leur tâche, les deux professeurs sont unanimes pour souligner le rôle essentiel de la secrétaire du Département, Bénédicte Clockers. *«Celle-ci est en place depuis très longtemps et connaît bien les rouages du Département. C'est par exemple elle qui gère, avec une grande efficacité, l'attribution des lieux de stage au sein du CHU de Liège. Les assistants l'apprécient beaucoup car elle fait toujours en sorte que tout se passe au mieux pour eux»*, affirme le Président.

Collaboration en réseau

Pour le nouveau duo, il est également important pour le Département de rester en connexion avec le nombre impressionnant de structures et d'interlocuteurs avec lesquels il interagit, au sein du CHU de Liège comme à l'extérieur : Faculté de Médecine de l'ULiège, départements médicaux du CHU de Liège, maîtres de stage...

«Dans le cadre des changements dans le paysage des soins, nous avons le souci de fonctionner correctement dans le réseau d'une part, mais aussi dans la collaboration avec les hôpitaux de la région», ajoute Edouard Louis. *«La construction du réseau va donc aussi être une de nos préoccupations. En tant que vice-Président du Département de Médecine interne et Doyen de la Faculté de Médecine, ma priorité va être de faciliter l'émergence de projets de recherche collaboratifs pour donner de l'amplitude au réseau, non seulement pour des projets de recherches, mais aussi pour la formation des assistants, car je suis convaincu que la qualité de la formation passera aussi par la collaboration entre hôpitaux.»*





Prendre soin

Prendre soin

Covid: un retour "presque" à la normale

Si l'année 2022 a démarré en pleine cinquième vague Covid (moins forte à Liège que dans le reste du pays), la crise était bel et bien derrière nous puisque petit à petit, l'hôpital a pu reprendre ses activités de manière quasiment normale, avec toutefois quelques exceptions.

Même si le port du masque est resté obligatoire à l'intérieur de l'hôpital tout au long de l'année (y compris derrière les plexiglas à partir de juillet 2022, décision prise pour nous aligner sur la position commune adoptée par notre réseau Elipse), 2022 a marqué un tournant important dans l'histoire de la crise sanitaire.

Levée progressive des mesures de dépistage et de quarantaine; reprise graduelle de l'activité chirurgicale dès janvier; réouverture de l'accueil des Grands Brûlés et réouverture de la Revalidation pulmonaire du site ND Bruyères en février; fermeture du depist-car en mars; réouverture des selfs aux patients et visiteurs; retour au télétravail structurel (c'est-à-dire d'avant crise Covid) et arrêt des réunions régulières de la cellule de coordination hospitalière également à partir de mars... En mars toujours, pour la première fois depuis deux ans, le taux d'occupation des lits de soins normaux était à nouveau supérieur à 80%. Fin 2022, toutes les unités de soins étaient ouvertes.

CONSIGNES AUX PATIENTS

- ▶ Port du masque chirurgical obligatoire dès l'entrée de l'hôpital
- ▶ Lors d'une hospitalisation, le port du masque est obligatoire tout au long du contact visuel avec les membres du personnel (sauf cas exceptionnels)
- ▶ Lors d'une visite, le port du masque est recommandé



CONSIGNES AUX VISITEURS

- ▶ Port du masque chirurgical obligatoire dès l'entrée de l'hôpital et durant toute la visite
- ▶ Désinfection des mains avant et après la visite
- ▶ Ne pas boire ni manger dans la chambre, ne pas s'asseoir sur le lit
- ▶ Ne pas embrasser le patient
- ▶ Ne pas rendre visite à plusieurs patients

Des lits restés fermés

Pour autant, la crise sanitaire a laissé des traces en accentuant le manque de personnel infirmier. Contraint de s'adapter à cette situation, notre hôpital a par exemple maintenu la fermeture de lits. Fin 2022, une quarantaine de lits étaient toujours dans le cas. Une série d'activités ambulatoires d'hôpitaux de jour n'ont pas non plus pu ouvrir. Bien évidemment, cette problématique s'inscrit dans une question plus large relative à la pénurie d'infirmiers.

Un autre enseignement de la crise concerne les heures de visites. Ici aussi, nous avons entendu la demande des infirmiers en réduisant structurellement l'horaire à 16h-20h (au lieu de 14h-20h d'avant la crise), afin de permettre que le changement de pause entre équipes infirmières se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Poursuite de la vaccination du personnel

Enfin, au début de l'année 2022, les chiffres officiels montraient que 91% de notre personnel salarié était couvert par les deux doses de base du vaccin contre la Covid-19. La vaccination de notre personnel s'est poursuivie, et entre la mi-août et la fin septembre 2022, nous avons organisé l'administration de la quatrième dose de vaccin pour notre personnel.

Bien-être du personnel, toujours au cœur des préoccupations

Si le bien-être de nos collaborateurs fait l'objet d'une attention soutenue depuis bien avant la crise Covid, celle-ci les a particulièrement éprouvés. Face au stress et à la souffrance au travail, prendre soin de notre personnel est une priorité, dans une approche souvent multidisciplinaire, parfois novatrice.

Ecole du bien-être

La vocation de l'Ecole du bien-être, de gestion du stress et prévention du burn-out du CHU de Liège est de prendre soin du bien-être de notre personnel. Ce projet est une initiative conjointe de deux services de notre institution : le Service Valorisation de l'Humanisation dans les Soins de Santé et du Travail et le Service de Médecine physique.

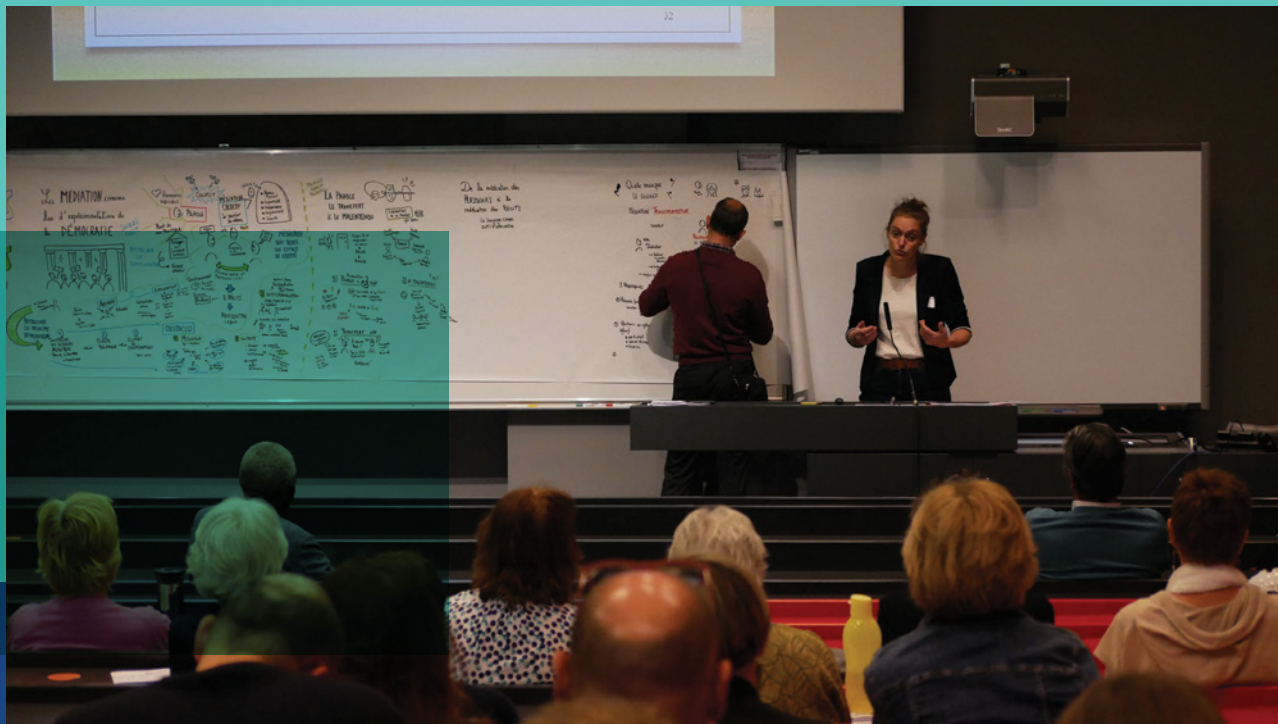
Dès la création de l'Ecole en 2018, le parti pris était novateur : une équipe interdisciplinaire mixe ses compétences pour s'occuper en même temps du corps et de l'esprit. Sa particularité est de proposer aux membres du personnel un accompagnement et une prise en charge holistique, qui peut conduire à un soutien psychologique articulé à un accompagnement préventif des souffrances physiques.

Une des premières initiatives est le massage assis bien-être (MABE), dont près de 3 000 séances ont été données durant la période Covid. L'accueil du personnel pousse l'équipe de l'Ecole du bien-être à développer d'autres projets, comme des balades en pleine présence, des séances de respiration assise en plein présence, une approche nutritionnelle, un accompagnement tout au long du parcours des personnes en burn-out, ou encore de l'art thérapie.



L'Ecole a aussi reçu des demandes pour organiser des activités mixtes, mélangeant patients et personnel soignant.

Au-delà de ces activités, l'objectif de l'Ecole du bien-être est également de donner aux membres du personnel des outils et des ressources pour qu'ils puissent apprendre à gérer leur stress au quotidien.



Service Médiation du Personnel

Avoir un Service de Médiation du Personnel en interne est peu commun. Celui du CHU de Liège existe depuis plus de 15 ans. Son but est d'intervenir pour désamorcer les conflits et éviter toute escalade de la souffrance au travail. Il agit à la demande de tout membre du personnel qui vit une situation de difficulté relationnelle ou de conflit au travail. Au total, 543 membres du personnel ont bénéficié de ses différents services en 2022. Au cours de l'année, le service a aussi élargi ses temps de présence sur plusieurs sites du CHU de Liège.

Les axes sur lesquels le Service Médiation du Personnel construit ses actions sont la médiation et l'intervention de conflit, l'accompagnement du personnel via des entretiens de soutien, ainsi que les formations et ateliers, de nature plutôt préventive. 42 activités de ce genre ont été organisées en 2022, dont 5 ateliers d'écriture abordant des thèmes comme la gestion des émotions au travail, le sens donné au travail, ou encore se sentir bien/mieux au travail.

Depuis quelques années, le Service Médiation du Personnel organise aussi un symposium à destination des professionnels de la médiation, de chercheurs, du personnel hospitalier, ainsi que des étudiants. La troisième édition, intitulée "Paroles et Médiations", s'est tenue en avril 2022. La question du conflit était au cœur de ce temps fort du Service Médiation du Personnel. 130 personnes y ont participé, confirmant l'intérêt, au-delà de notre institution, pour ce dispositif original du CHU de Liège.

RH: une nouvelle organisation centrée sur le collaborateur

2022, c'est aussi l'année d'un important remaniement dans l'organisation du Département Gestion des Ressources humaines, en trois services. Objectif? Améliorer encore la qualité de l'accompagnement des collaborateurs.

Ces trois pôles sont :

- Accompagnement et Gestion de la Carrière ;
- Accompagnement et Support au Management ;
- Exploitation des données RH.

SIPPT

Le Service Interne pour la Prévention et la Protection au Travail (SIPPT) du CHU de Liège est chargé, entre autres, d'émettre des recommandations, en toute indépendance, en matière de gestion des risques (accident, incendie...) au travail, mais aussi de promouvoir

le bien-être, la santé et la sécurité de nos travailleurs. Son approche s'appuie sur un plan d'actions annuel destiné à éliminer ou à limiter les risques dans notre entreprise.



2022 a été marquée par de nombreux challenges, parmi lesquels :

- Un support continu auprès de la Direction médicale et du Service d'Hygiène hospitalière dans la gestion de la crise sanitaire ;
- La poursuite du travail sur la mise en conformité des bâtiments au regard de la législation incendie ;
- L'organisation des formations à l'attention des agents du CHU, tels que les formations en matière d'incendie, d'équiper de première intervention et la réalisation d'exercices d'évacuation ;
- La contribution à la réduction du taux d'incapacités du travail liées aux TMS (troubles musculo-squelettiques), notamment en tirant les leçons des accidents du travail pour éviter leur répétition ;
- La mise à jour de l'analyse des risques pour le personnel administratif ;
- La sensibilisation du personnel via l'élaboration de fiches actions et de campagnes de prévention (risques psychosociaux, télétravail, bouger au travail, accident sur le chemin du travail...);
- Plusieurs actions en matière de risques liés à l'utilisation de produits dangereux: analyse de risques, sensibilisation et formation du personnel, mise à disposition d'un équipement de protection individuel adéquat... ;
- La visite systématique des lieux de travail et l'établissement de recommandations "bien-être" ;
- La participation à l'organisation des secours sur les sites non hospitaliers ;
- L'émission d'avis et conseils en ce qui concerne l'achat d'équipements de protection individuelle, de machines ou d'outils dangereux.

Vers un rapprochement CHU-Citadelle : «Faire converger nos forces pour créer un pôle public universitaire d'excellence»

Partageant le même constat (l'évolution des réseaux hospitaliers implique qu'on ne fera plus de tout partout, les crises successives – sanitaire, énergétique, socio-économique – ont fragilisé la situation financière des hôpitaux, concentrer les excellences pour les renforcer est devenu inévitable, ...), Marc De Paoli, Administrateur délégué du CHU de Liège, et Sylvianne Portugaels, Directeur général de l'Hôpital Citadelle, ont annoncé en 2022 leur volonté de réfléchir à la création d'un groupement hospitalier. Un projet d'ampleur, qui doit être porté par l'ensemble des 10 000 collaborateurs, et qui sera bénéfique à tous: patients, personnel, médecins généralistes, écosystème hospitalier, ...

Pour faire percoler l'initiative, plusieurs sorties médiatiques se succèdent: *La Meuse*, *RTC*, *Trends Tendances*, ... Sans oublier des conférences extra muros, notamment lors du Forum financier en novembre à Colonster, qui emporte l'assentiment des 150 personnes présentes (essentiellement issues du monde financier).

En interne, des groupes de travail se constituent, tant du côté médical que du côté logistico-administratif. Pour les collaborateurs issus de ce dernier secteur, l'idée est de pouvoir confronter les modèles de fonctionnement, de lister les projets en cours et de définir des "quick win", soit des actions concrètes qui pourraient être rapidement couronnées de succès.

En novembre, les services communication lancent une newsletter interne quotidienne baptisée

"Convergences", qui promeut les initiatives communes tout en permettant de mieux se connaître l'un l'autre.

Début décembre, les conseils médicaux des deux institutions donnent leur feu vert à la démarche. Enfin, le mercredi 21 décembre, les conseils d'administration du CHU de Liège et de l'Hôpital de la Citadelle valident définitivement le projet de groupement hospitalier. Qui peut donc désormais être envisagé concrètement!



CONVERGENCES

CHU-Citadelle : vers un groupement hospitalier

MERCREDI 9/11/2022
NUMÉRO 1

Coconstruire notre futur hospitalier

Fin septembre, nous annonçons notre volonté commune de rapprocher nos deux institutions pour créer un « groupement hospitalier » capable de proposer une offre de soins de haute qualité, en alliant les forces du CHU et de la Citadelle.

Des groupes de travail ont été mis en place, tant du côté médical que de celui des missions spécialisées (pédiatrie, oncologie, cardiologie, accidents vasculaires cérébraux et trauma center) que du côté administratif et logistique (RH/Finances, IT, achats/logistique/Support technique, SPP, communication), sans oublier le pôle soins et la pharmacie.

Une cinquantaine de personnes sont impliquées dans ce travail préparatoire: il s'agit de relever nos enseignements et divergences, nos forces et faiblesses, nos capacités à travailler ensemble.



Pour rendre compte, en toute transparence, des avancées de ces groupes, cette lettre d'information vous sera envoyée chaque semaine. Elle rendra également compte des actualités qui font le quotidien de nos deux hôpitaux et présentera quelques chiffres-clés.

Bonne lecture, et au plaisir de partager cette aventure avec vous!

Sylvianne Portugaels
Marc De Paoli

Quick win

Ces quick win sont des actions concrètes, dérogées par les groupes de travail administratifs et logistiques, qui pourraient être rapidement couronnées de succès.

RESSOURCES HUMAINES. Créer une réserve de candidatures commune, pour une majorité des métiers employés par les deux hôpitaux.

INFORMATIQUE. Discussion commune avec le service informatique de l'ULiège (Spp) quant à l'hébergement des infrastructures IT et téléphonie.



LOGISTIQUE. Audit et optimisation de nos services de transport (déplacements internes, mais aussi externes – autres hôpitaux, ...)

FINANCES. Utilisation d'un logiciel unique pour la tarification hospitalière.

Un premier état des lieux encourageant

Les groupes de travail se sont déjà rencontrés à de nombreuses reprises, avec des objectifs clairement définis: faire un état des lieux du fonctionnement de chacun, relever les points bloquants pour travailler ensemble, mettre en lumière les forces (communes ou non) et définir des « quick win », soit des actions concrètes qui pourraient être rapidement couronnées de succès (voir ci-contre).

Les groupes médicaux suivent une feuille de route très précise, puisqu'il s'agit de respecter la réforme des réseaux hospitaliers qui impose qu'à terme, on ne fera plus de tout partout et que certaines missions spécialisées ne pourront plus se faire qu'à la Citadelle ou au CHU.

Pour les groupes administratifs et logistiques, il s'agit de poser les jalons d'une collaboration renforcée qui permettra, à terme, d'unifier nos forces. Chaque groupe (RH/Finances, IT, achats/logistique/support technique, SPP, communication, soins, pharmacie) travaille donc sur ses matières, et pour créer une véritable dynamique globale, des séances plénières rassemblent, une fois par mois, l'ensemble des participants. De ces échanges, nous pourrions déjà tirer ces trois premiers enseignements.

1. Qui se rassemble, s'assemble. Nos deux hôpitaux partagent des valeurs communes (focus patient, excellence, service au public, ...) et nos équipes se comprennent donc rapidement.
2. Nos ressemblances sont plus nombreuses que nos divergences. Après un premier état de lieux, il s'avère qu'une majorité de nos pratiques/logiciels/processus sont partagés. Il existe certes des différences (ou points bloquants), mais pas insurmontables.
3. Le dynamisme est contagieux. Outre les groupes instaurés, une multitude de « microgroupes » se sont également mis en place. Plus tôt que d'être spécialiste, il s'agit d'être acteur du projet. Nous aurons également l'occasion d'en parler dans cette newsletter.

Agenda

Novembre
Rapport des groupes de travail médicaux administratifs

Décembre
Plénière des groupes de travail logistico-administratifs

Présentation des conclusions des groupes de travail médicaux aux Conseils médicaux

Tenue des deux Conseils d'administration sur le projet de groupement

Identitovigilance : plus indispensable que jamais

Présenter votre pièce d'identité à l'hôpital est OBLIGATOIRE :

- > pour votre sécurité (identitovigilance)
- > pour que vos soins soient directement facturés à votre mutuelle* (tiers payant)

* hors suppléments

CHU de Liège

Une initiative nationale de l'INAMI - Mai 2022

CHU de Liège

Depuis le mois de mai 2022, les guichets d'inscription en polyclinique lisent systématiquement les cartes d'identité. Nous avons saisi l'occasion pour rappeler, au travers d'une campagne de communication interne et externe, l'importance de la présentation d'une pièce d'identité lors d'une hospitalisation ou d'un rendez-vous de polyclinique.

La lecture de la carte d'identité est un des éléments permettant "l'identitovigilance", c'est-à-dire la garantie que le bon soin sera prodigué à la bonne personne.

La lecture de la carte d'identité permet aussi d'éviter les erreurs administratives ou de facturation, et permet que le patient bénéficie du tiers payant. Enfin, elle joue également un rôle dans la lutte contre la fraude éventuelle.

La campagne de communication correspondante et l'installation des kiosques d'inscription automatique s'inscrivent dans un plan plus large, encadré par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cette loi prévoit que l'identité du patient doit être vérifiée pour pouvoir appliquer le tiers payant. Selon le planning établi par les autorités, il est prévu que, dès le 1^{er} janvier 2024, tous les hôpitaux seront tenus d'effectuer la lecture des données d'identité pour toutes les prestations facturées en tiers payant.

En anticipation, le CHU de Liège a décidé d'implémenter ce système de manière progressive, afin de pouvoir le tester, l'améliorer et l'ajuster.

Après avoir terminé la première phase test en avril 2022, nous avons démarré la deuxième phase en mai, à savoir le monitoring du processus pendant une année.

LE CHU DE LIÈGE SIMPLIFIE SES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE

Numéro général: 04/323.00.00
Standard: 04/323.23.00
Rendez-vous: 04/323.23.23
Urgences Sart Tilman: 04/323.23.11
Urgences ND Bruyères: 04/323.23.12

Retrouvez tous les autres numéros sur www.chuliege.be

juin 2022

CHU de Liège

Des numéros de téléphone plus simples

Autre porte d'entrée privilégiée vers nos services: les appels téléphoniques.

En juin, nous avons harmonisé les numéros de téléphone des dix sites du CHU de Liège. Désormais, tous les services commencent par le même préfixe (04) et la même racine (323).

De quoi simplifier la tâche des personnes qui nous contactent !

RENDEZ-VOUS NON PRÉSENTÉ, RENDEZ-VOUS FACTURÉ.



Vous ne pouvez pas venir ? Faites-le nous savoir.

Comment ?

En appelant le **04/323 23 23**, vous pourrez choisir l'option 'Annulation de rendez-vous'.

Ou vous pouvez passer par notre site internet : www.chuliege.be/RDV-en-ligne

Quand ?

Du lundi au samedi de 7h30 à 20h, le dimanche de 12h à 20h.

Vous pouvez annuler ou déplacer votre rendez-vous jusqu'à 1 jour avant.

Un rendez-vous non annulé
dans les délais vous sera facturé.

décembre 2022

Agir contre le no-show

En 2022, notre hôpital a décidé d'instaurer la facturation de tout rendez-vous non annulé.

Cette décision s'inscrit dans une logique de respect et de bon sens : annuler un rendez-vous libère une plage pour un autre patient en demande, évite au prestataire d'attendre inutilement un patient, et limite la désorganisation de l'activité.

Nous avons démarré le 1^{er} décembre avec cinq services : Dermatologie, Dentisterie, Rhumatologie, Cardiologie et ORL.

Au terme de cette phase pilote, il est prévu d'étendre progressivement cette mesure aux autres services de l'institution.



Continuer à rayonner



Continuer à rayonner

L'Institut de Cancérologie Arsène Burny ouvre ses portes sur l'avenir

Au terme de travaux d'envergure, l'Institut de Cancérologie Arsène Burny (ICAB) a officiellement ouvert ses portes le 2 décembre 2022. Dédié à la prise en charge des patients atteints d'un cancer, il réunit en un même lieu les soins, la recherche, la formation médicale et paramédicale en oncologie et toutes les disciplines qui encadrent le parcours des malades.

Après une inauguration riche en événements et en émotions, le CHU de Liège accueille désormais ses patients oncologiques dans un environnement repensé et dédié à l'ensemble de leurs besoins.

Avec l'ICAB, notre hôpital veut offrir le meilleur aux patients, et de manière encore plus intégrée que par le passé.

Toutes les spécialités et tous les soins liés à l'oncologie se trouvent réunis en un même lieu, favorisant une prise en charge pluridisciplinaire des patients, en veillant à leur bien-être, tout en améliorant également celui du personnel qui les accompagne.

Centre d'excellence et d'humanité

Tant sur le plan des ressources humaines que celui des infrastructures et du matériel, l'ICAB est un centre d'excellence médicale à la pointe dans tous les domaines techniques et scientifiques. Mais l'Institut se veut en même temps être un lieu profondément humain, capable d'entourer au mieux le patient dans tout ce qu'il traverse au quotidien.

La volonté d'humaniser au maximum la prise en charge se traduit à la fois dans l'organisation et dans l'environnement.

Un environnement repensé

L'Institut a été pensé selon le principe de "healing environment", cet "environnement qui contribue à soigner". Outre de réunir l'ensemble des équipes et des soins concernés en un même lieu, ce concept se traduit aussi dans la structure globale du bâtiment.

On y trouve notamment un guichet d'accueil ouvert dont la configuration aérée permet de préserver l'intimité des patients; l'accompagnement des



patients par des bénévoles jusqu'à leur lieu de consultation ; l'utilisation du bois pour donner une dimension chaleureuse aux espaces ; une vue sur la nature depuis toutes les salles d'attente et une lumière naturelle dans les chambres ; ou encore des œuvres d'artistes donnant vie aux murs de l'Institut.

L'ICAB accueille également le Centre OASIS. Cette structure, dédiée au bien-être des patients oncologiques, leur offre la possibilité de prendre soin d'eux au-delà des soins médicaux, pendant et après leur maladie. Un large panel d'animations y sont proposées, allant des domaines de la diététique, à l'esthétique, en passant par des accompagnements éducatifs et des activités physiques douces.

Trois questions au Professeur Frédéric Kridelka, Président du Conseil de Gouvernance de l'Institut de Cancérologie Arsène Burny



Que représente pour vous l'aboutissement du projet ICAB ?

Sur le plan symbolique, je dirais que c'est un signe de résilience de la part du CHU de Liège dans sa globalité. Les travaux ont été semés d'embûches, mais dès l'ouverture de l'ICAB, les unités ont été instantanément fonctionnelles!

Le bâtiment est remarquable. On sent une dynamique, un plaisir au travail des gens qui y sont... C'est un bâtiment par ailleurs très lumineux! Ensuite, je dirais que derrière l'ICAB se trouve aussi le mot responsabilité.

En tant que médecins, nous avons le devoir maintenant de faire fonctionner l'outil. Nos missions restent énormes, tant sur le plan individuel avec chaque patient, mais aussi de manière globale car les enjeux de l'oncologie changent énormément: les types et les rythmes de traitements, les effets secondaires...



Pour vous, l'ICAB est une opportunité de rassembler ?

En effet, dans un hôpital comme le nôtre, la pluridisciplinarité doit être une culture.

La configuration des lieux permet de travailler avec une plus grande cohésion entre les médecins. Nous avons aussi nos concertations oncologiques multidisciplinaires, où chaque cas est discuté et débattu pour aboutir à une proposition de soins consensuelle.

Et dans des cas complexes, nous pouvons aussi faire appel à d'autres avis puisque nous sommes membres d'EURACAN, un réseau européen de centres cliniques, multidisciplinaires, de pointe, à forte intensité de recherche, spécialisés dans les cancers rares de l'adulte.

Nos patients sont ainsi assurés d'avoir les traitements les plus réfléchis, les plus adaptés, et les plus à la pointe des connaissances médicales.



Quelle est la place accordée aux autres missions de l'hôpital universitaire ?

Ce n'est pas anodin que le nom de la structure soit passé de "Centre Intégré d'Oncologie" à "Institut de Cancérologie".

Au sein de l'ICAB, on soigne. Mais dans le même temps, on cherche et on forme. Le but de l'ICAB est d'approfondir les compétences spécifiques sur l'oncologie de manière générale, mais aussi sur l'oncologie complexe en concertation avec nos collègues anatomopathologistes et généticiens dont le rôle est sans cesse croissant.

Ce travail doit se faire en parfaite collaboration avec les autres hôpitaux des réseaux. Enfin, n'oublions pas que l'ICAB est aussi un formidable outil pour la formation des praticiens. Le nombre de "fellows" étrangers qui viendront se former à l'ICAB sera pour moi un signe de notre succès.

Fondation Léon Fredericq : des ponts pour soutenir la recherche

La Fondation Léon Fredericq (FLF) a pour mission de soutenir et de renforcer l'aide à la recherche médicale à Liège. Elle soutient aussi des projets innovants en faveur du patient et favorise la mobilisation contre le cancer. D'année en année, son action rencontre un soutien de plus en plus large, tant de la part de particuliers que d'entreprises et d'organisations.

En 2022, la FLF a octroyé un montant de 1 800 000€, sous forme de bourses et de prix, pour aider de jeunes chercheurs et médecins du CHU de Liège et de l'ULiège dans leurs projets de recherches.

Fruit d'un travail assidu et constant, la notoriété de la FLF grandit d'année en année. Cela se traduit notamment par une croissance régulière des dons récoltés, principalement au travers de trois événements-phares: la Soirée de Gala (décembre), un événement culturel en partenariat avec un acteur culturel liégeois (février) et le Tournoi de Golf "Smile Green Day" (septembre-octobre).



Gala sold-out

Avec 550 personnes inscrites, la Soirée de Gala 2022 a connu un record d'affluence. L'équipe de la FLF envisage d'ailleurs une salle plus grande pour les années à venir.

Cet événement est bien sûr l'occasion de célébrer la nouvelle promotion de lauréats, mais aussi de récolter des fonds supplémentaires pour soutenir la recherche, au travers notamment d'une tombola qui rencontre chaque fois un immense succès.

L'édition 2022 a permis de récolter près de 20 000 €. Le public était non seulement plus nombreux, mais aussi plus large et diversifié que les années précédentes.

Smile Green Day, tournoi inter-entreprises organisé en partenariat avec les 4As

Le tournoi "Smile Green Day" est un rendez-vous très attendu au Royal Golf Club du Sart Tilman, où il se déroule chaque année.

Impulsé par la FLF en partenariat avec quatre amis liégeois, les "4As", qui sont aussi membres du Royal Golf Club, ce tournoi "Pro-Am" s'adresse à un public d'entreprises.

Celles-ci y participent en équipe. Elles sont encadrées par un professionnel grâce au soutien de la Professional Golfers' Association (PGA).

La journée se clôture par un repas et, pour la première fois en 2022, par une tombola. En 2022, 35 000 € ont été récoltés pour soutenir exclusivement des projets innovants menés au sein du CHU de Liège.



Cet argent est destiné à aider le projet "Baby Detect" porté par le Professeur Laurent Servais, du Service de Pédiatrie du CHU de Liège.

Legs et prix spécifiques

Les dons provenant de legs représentent environ 70% des aides distribuées par la FLF.

Les deux crédits d'impulsion Julia Russe attribués en 2022 ont par exemple été rendus possibles grâce à un legs important de 200 000 €, de même que la subvention du Fonds André Daners (géré par la Fondation Roi Baudouin), qui était de 70 000 € en 2022.

Des familles endeuillées, des anciens patients ou des particuliers ont aussi la possibilité de mettre en place des prix spécifiques par le biais de la FLF.



Des entreprises de plus en plus engagées pour la recherche

Depuis la création de la fondation d'utilité publique FLF en 2018, des efforts particuliers sont fournis pour créer des ponts entre le monde de l'entreprise et celui de la recherche scientifique.

Les résultats sont encourageants : de plus en plus d'entreprises et organisations se montrent sensibles aux actions de la FLF et veulent à apporter leur soutien, chacune selon ses moyens et possibilités. Ces soutiens vont du petit ou grand sponsoring, à la participation en équipe à nos différentes manifestations, en passant par la mise à disposition de lots pour nos tombolas ou l'organisation d'événements à l'attention du personnel.

Le carnet d'adresses de la FLF s'étoffe d'année en année et des liens durables se tissent, au point que certaines entreprises, organisations ou services club ont décidé d'attribuer un prix spécifique. En 2022 sont apparus par exemple le Prix "Balteau Group", le Prix "4m Group", la "Bourse Habitat Construction-Pizziferri", la Bourse de la Mutualité Libérale Liège-Luxembourg, le Prix Artialis, la "Bourse Soroptimist Eupen", ou encore le Prix du Rotary Club Herstal.

La présence du monde entrepreneurial aux côtés de la FLF contribue indéniablement au rayonnement de ses actions.

2022 en chiffres

- Des aides octroyées pour un montant total de 1 800 000€ ;
- 11 bourses de voyage ;
- 9 subsides de recherche clinique ;
- 35 subsides de fonctionnement ;
- 29 prix spécifiques ;
- 81 crédits forfaitaires ;
- 11 bourses de fondations associées ;
- 1 important subside d'équipement destiné à soutenir le Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle du CHU de Liège (site CNRF) ;
- 1 important subside en faveur d'un projet innovant au profit des patients.

Évènements 2022

Qu'ils soient sportifs, solidaires et/ou de sensibilisation, retour sur quelques-uns des évènements qui ont émaillé l'année 2022 de notre hôpital.

Campagne "Cancer du col de l'utérus" - mars 2022

Très contagieux, le papillomavirus reste la maladie sexuellement transmissible la plus répandue au monde. Il est responsable de 570 000 cancers du col par an.

En Belgique, environ 1 femme sur 100 développera un cancer du col de l'utérus avant ses 75 ans. Or, près de 90 % de ces cancers pourraient être évités grâce à un dépistage régulier.

La Région wallonne a mandaté le CHU de Liège, le CHR Sambre et Meuse et le Grand Hôpital de Charleroi, rassemblés en un consortium, pour mettre en œuvre une grande campagne de sensibilisation à destination des femmes en Wallonie.

Cette campagne poursuit un double objectif : augmenter le nombre de femmes qui se font dépister régulièrement et améliorer la continuité des soins par la promotion des bonnes pratiques de prise en charge.

La campagne a été lancée le 4 mars 2022, à l'occasion de la Journée internationale de sensibilisation contre le papillomavirus.

VOUS AVEZ ENTRE 25 ET 64 ANS ET VOUS AVEZ UN UTÉRUS ?

LE DÉPISTAGE PAR FROTTIS DU COL PERMET DE PRÉVENIR LES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

CERTAINS HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) EN SONT LES PREMIERS RESPONSABLES

CE DÉPISTAGE EST À FAIRE TOUS LES 3 ANS IL EST INDOLORE ET GRATUIT*

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GYNÉCOLOGUE

WWW.DEPISTAGECOLUTERUS.BE

E.R., OYES ASBL - Square de l'Aviation 7A - 1070 Auderghem - www.oyes.be



24h Vélo Télévie - du 21 au 22 avril 2022

118 779 € : c'est le montant exceptionnel récolté en 2022 par la 7^{ème} édition des 24h Vélo, organisées au profit du Télévie.

Cette aventure humaine n'est pas qu'une histoire de muscles et de sueur – c'est aussi et surtout une histoire solidaire !

Pour cette édition, l'évènement se déroulait simultanément sur 7 endroits différents : au CHU sur le site Sart Tilman, au Shopping Belle-Ile, à la Médiacité, à la Halle des Sports de la Commune de Marchin, dans les locaux du Balteau Group, du bureau Greisch et d'Eloy.

Depuis les équipes mobilisées pour l'organisation aux cyclistes super motivés, en passant par des partenaires enthousiastes, des bénévoles investis et des fidèles nombreux, l'évènement demeure l'occasion de se dépasser dans la bonne humeur et une ambiance survoltée, au profit de la recherche.

CHU Walking Tour - 14 mai 2022

Le CHU Walking Tour rencontre un succès grandissant.

A la fois convivial et solidaire, ce rendez-vous printanier est organisé par une équipe motivée, composée notamment de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes du site ND Bruyères.

Des marcheurs sont invités à relier, en équipes, plusieurs sites hospitaliers du CHU de Liège au départ de ND Bruyères.

Cette marche d'une cinquantaine de kilomètres n'est cependant pas une course, mais un défi sportif ouvert à un large public, faisant la part belle à la convivialité, le tout au profit de causes humanitaires.

En 2022, l'équipe organisatrice a particulièrement mis l'accent sur les animations durant le parcours et à l'arrivée. Cette troisième édition a permis de récolter 15 000 € au profit de trois associations : Médecins du Désert, Solidarité Dogon et une association tilffoise, Os'mose, active dans la formation de chiens d'aide pour les personnes en situation de handicap.

Action "Semaine du Cœur" - 20 Septembre 2022

Chaque année, à la fin septembre, la Semaine du Cœur est consacrée à un facteur de risque et a pour but d'envoyer un message précis à la population belge via la presse et les médias sociaux.

L'édition 2022 était consacrée aux troubles du sommeil et à leurs liens avec les pathologies cardiovasculaires. Le CHU de Liège s'est inscrit dans cette campagne par le biais de deux types d'actions organisées sur le site du Blanc Gravier.

Nos spécialistes ont d'une part proposé une série d'ateliers sur différents thèmes comme le sommeil, la pleine conscience, l'autohypnose, le sevrage tabagique, la diététique, ainsi que la prévention des facteurs de risques cardiovasculaires (pression artérielle, BMI, pulsations...).

Le public a également été invité à participer à des balades animées dans les bois du Sart Tilman.



Semaine des Aidants proches - 3 et 8 octobre 2022

A l'occasion de la Semaine des Aidants proches, cinq communes du Condroz liégeois ont organisé différentes actions pour aider les aînés et leur entourage à trouver des réponses aux questions qu'ils se posent, en particulier sur la santé mentale. Le CHU de Liège a apporté son soutien à cette opération.

Le 3 octobre, le Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle (CNRF) de Fraiture a accueilli une après-midi d'information autour de la thématique des aidants proches.

Cette rencontre ouverte à tous a permis au public d'entendre des témoignages et d'échanger avec des personnes touchées par une même réalité.

Quelques jours plus tard, notre hôpital a participé au salon "Bien vieillir" à Modave. Cette journée de sensibilisation avait pour but de rassembler en un même lieu un large éventail de services actifs dans le secteur du troisième âge. Julien Balthazar, assistant social au Service de Gériatrie et de Revalidation pulmonaire du site ND Bruyères, et référent hospitalier pour le Service de Gériatrie, y a tenu le rôle de correspondant entre le CHU de Liège et les services externes.

Objectif : informer la population pré-gériatrique de ce qu'elle peut faire pour conserver une qualité de vie et une autonomie optimales lorsqu'elle sera plus âgée, mais aussi présenter l'éventail de solutions proposées par notre Service de Gériatrie pour éviter l'hospitalisation d'un aîné.

Le thème principal du salon étant la santé mentale, les initiatives du Centre de la Mémoire ont également été mises en valeur, notamment les accompagnements à domicile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles de la mémoire.

Campagne "Journée mondiale du Diabète" - 14 novembre 2022

A l'occasion de la Journée mondiale du Diabète, notre Service de Diabétologie s'est rendu sur le terrain, le 14 novembre, pour une journée de sensibilisation à l'attention du grand public et des patients.

Le but était de permettre à ceux-ci de rencontrer des personnes du service, d'échanger, mais aussi de se faire dépister gratuitement. Cette action

placée sous le slogan "Le Diabète, éduquer pour protéger l'avenir" s'est tenue sur deux sites: la grande verrière du site du Sart Tilman et le hall d'entrée de ND Bruyères.

Comme le rappelait cette campagne, une personne sur neuf sera atteinte de diabète d'ici 2030. L'édition 2022 a permis de réaliser 274 tests et de détecter cinq cas supérieurs aux normes.







**Notre
responsabilité
académique
et scientifique**

Notre responsabilité académique et scientifique

Prix et distinctions

Centre de Génétique humaine

- Le **Pr. V. Bours** a reçu un crédit d'impulsion "Francine Deberg" du Fonds Léon Fredericq pour son projet intitulé: *"Relation entre les aberrations génomiques et le microenvironnement tumoral dans le cancer du rein"*.
- Dans le cadre du FIRS 2021, le **Pr. V. Bours** a également reçu un budget de fonctionnement et une bourse de fonctionnement FIRS 2022: rôle promotor; applicant: Dr J. Harvengt.

Centre Interdisciplinaire d'Algologie

- Le **Dr Audrey Vanhauzenhuysse** a reçu le Prix "Astra Zeneca Foundation Award in the Category Innovative Approaches to Promote Prevention in Public Health and Clinical Care".

Centre de référence SIDA

- Les **Drs M. El Moussaoui, S. Desmecht, A. Tashkeev, N. Lambert, N. Maes, J. Braghini, N. Marechal, C. Quintana, K. Briquet, S. Gofflot, F. Toussaint, M.-P. Hayette, P. Vermeersch, L. Lutteri, C. Grégoire, Y. Beguin, S. Rahmouni, M. Moutschen, D. Desmecht, G. Darcis** ont reçu le Prix "Best Clinical Science Belgian Paper on HIV (BREACH AWARDS 2022)" pour leur publication *"Reduced T-cell response following a third dose of SARS-CoV-2 vaccine in infection-naive people living with HIV"*, publiée dans "Journal of Infection" (Infect. 2022 Dec;85(6):702-769).

Service de Cardiologie

- Le **Pr. P. Lancellotti et son équipe Vasculaire de Cardiologie** ont été reconnus Centre de référence européen en Angiologie/Maladie vasculaire.
- Le **Pr. P. Lancellotti** a reçu la "Bourse de la Province de Liège" par la FLF pour son travail *"Education thérapeutique & nouvelles technologies: bénéfiques chez l'insuffisant cardiaque ?"*.

Service de Chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- Le **Dr V. Demesmaker**, le **Dr A. Kerzmann**, le **Dr V. Alexandrescu** et le **Pr. J.-O. Defraigne** ont reçu le Prix du Best Poster Award au Congrès "11th Amputation Prevention Symposium" (AMP) pour le poster intitulé "*Hybrid Approach for Chronic Limb-Threatening Ischemia: Case Report*".
- Le **Pr. M. Radermecker**, Chirurgien cardio-thoracique et Professeur d'Anatomie de l'Université de Liège, a été coopté au conseil scientifique de la Fondation Raoul Warocqué de l'Université de Mons.

Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale

- Le **Dr M. Jaumotte** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail "*Puis-je être opéré de mes apnées du sommeil ?*".

Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques

- Le **Pr. A. Scheen** a reçu le Prix "Roger Assan" de la Société francophone du Diabète et a été élu Président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.
- Le **Dr N. Esser** a obtenu une bourse FNRS comme spécialiste postdoctorant.

Service d'Endocrinologie

- Le **Pr. A. Beckers** et son équipe ont publié un article intitulé "*Duplications disrupt chromatin architecture and rewire GPR101-enhancer communication in X-linked acrogigantism*" dans le journal "The American Journal of Human Genetics".

Service de Gastroentérologie-Hépatologie

- Le **Dr E. Bequet** a obtenu la Bourse "Elvira Eyckelberg – Gastroentérologie pédiatrique" de la FLF pour son projet "*Caractérisation de la fibrose intestinale dans la Maladie de Crohn pédiatrique*".
- Le **Dr Z. Gendebien** a reçu la Bourse de la Fondation Lejeune-Lechien via la FLF pour son travail "*Rôle joué par les protéines du stress du réticulum endoplasmique dans l'arthrose*".
- Le **Dr A. Gofflot** (Gastroentérologie et Médecine physique et de Traumatologie du Sport) a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail "*Impact de différentes modalités d'activité physique (présentiel VS distanciel) sur les MICI*".
- Le **Dr S. Vieujean** a reçu une bourse de voyage FLF pour son travail "*Le rôle potentiel des cellules épithéliales et des cellules souches mésenchymateuses dans la fibrose intestinale de la maladie de Crohn*".

Service de Gériatrie

- Le **Dr C. Gerontitis** a obtenu le Prix du Concours des Internes de la Société francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation (SFNDT). Ce projet a été mené en collaboration avec le Service de Néphrologie (Pr. Fr. Jouret) et le Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique (GNFB, Dr J-M. Desmet).

Service de Gynécologie-Obstétrique

- Le **Dr M. Mawet** a reçu la "Bourse José Marechal" via la FLF pour son travail "*Endocrinologie de la reproduction*".

Service d'Hématologie

- Le **Dr A. De Voeght** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail "*Etude de l'immunité chez le patient atteint de VIH*".

Service des Informations Médico-Economiques

- Le **Pr. Ph. Kolh** devient Président de la Société Européenne pour la Chirurgie Vasculaire (ESVS) et Président de la Fédération Mondiale des Sociétés Vasculaires (WFVS).

Service de Médecine de l'Appareil locomoteur

- Le **Dr S. Bornheim** (Médecine physique - Evaluation-Revalidation) a reçu la "Bourse SPORTS2" via la FLF pour son travail "*Les effets de la tDCS sur les performances physiques*".
- Le **Pr. J.-F. Kaux** a été réélu vice-Président de la Société belge de Médecine Physique (RBSPRM).
- Le **Pr. J.-F. Kaux** a également reçu le subside d'équipement "Fonds CNRF" via la FLF.
- Le **Dr A. Janssen** a reçu le Prix "Jean Henrotin" de la Fondation Arthrose via la FLF pour son travail "*Traitement de la gonarthrose par PRP frais ou congelé*".
- Le **Dr G. Martens** (Médecine physique) a reçu une bourse de voyage FLF pour son travail "*Caractérisation des troubles de l'apprentissage moteur après traumatisme cérébral léger*".
- Le **Dr P. Pesesse** (Clinique du Dos du CHU de Liège, Département des Sciences de la Motricité) a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail "*Traitement des douleurs radiculaires d'origine lombaire: intérêt d'une mobilisation lombopelvienne*".

- Le **Pr. V. Seutin** (Sciences biomédicales et précliniques Pharmacologie), le **Dr I. Hansen** (Neurologie) et le **Dr F-C. Wang** (Médecine physique et de Réadaptation) ont obtenu un FIRS pour le projet "*Contribution au diagnostic des myasthénies congénitales et prédiction de réponse thérapeutique*".
- Le **Dr M. Tyberghein** a obtenu une bourse FNRS comme Spécialiste doctorant [SD] / Clinical Master Specialist Applicant to a PhD [SD].
- Le **Dr M. Tyberghein** a également obtenu un crédit forfaitaire de la Fondation Léon Fredericq.
- Le **Dr M. Tyberghein**, le **Dr F. Manto**, le **Dr M. Hustinx** et le **Dr C. Sauvart** (Médecine physique et de Réadaptation) ont été finalistes du tournoi des jeunes ENMGistes aux 22^{èmes} Journées francophones d'Electroneuromyographie à Marrakech.
- Le **Dr C. Sauvart** et le **Dr F-C. Wang** (Médecine physique et de Réadaptation) ont obtenu le 2^{ème} Prix de la Meilleure Communication Affichée aux 22^{èmes} Journées Francophones d'Electroneuromyographie.
- Le **Dr F-C. Wang** (Médecine physique et de Réadaptation) sera chargé de cours dans le cadre du DIU de Neurophysiologie clinique de Lille ainsi que du DU "Explorations de Neurophysiologie clinique" de la Pitié-Salpêtrière à Paris (Médecine Sorbonne Université).

Service de Néphrologie

- Le **Dr P. Erpicum** a reçu le Prix de la Fondation Désiré et Maurice Jaumain via la FLF pour son travail "*Facteurs prédictifs de la reprise retardée de fonction rénale après transplantation rénale*".
- Le **Dr J. Huart** a reçu une bourse de fonctionnement FLF pour son travail "*Exploration du rôle de l'intestin dans l'homéostasie de la pression artérielle*".
- Le **Dr B. Khbouz** a été nommé pour le Prix ProGrefe de la Société francophone de Transplantation à Genève pour ses travaux portant sur le conditionnement ischémique rénal induit par l'irradiation.

Service de Neurochirurgie

- Le **Dr A. Lombard** a reçu la "Bourse Adrian Mastrodicasa" via la FLF pour son travail *"Recherche de nouvelles cibles et thérapeutiques contre les cellules souches du glioblastome"*.
- Le **Dr A. Lombard** a également reçu le Prix "Crédit d'impulsion Julia Russe" et la Bourse de la Fondation médicale Horlait-Dapsens, tous deux via la FLF.

Service de Neurologie

- Le **Dr Ch. Barrea** (GIGA Neurosciences) a reçu, de la Fondation Léon Fredericq, une bourse de Fonctionnement Doctorant ainsi que la Bourse de la Province de Liège.
- Le **Pr. F. Depierreux** a reçu le prix "M. Godin-M. Salvekoul" de l'Académie Royale de Médecine pour ses travaux de thèse sur la maladie de Parkinson.
- Le **Dr S. Dauby** a reçu le Prix de l'Espoir via la FLG pour son travail *"Caractérisation de la microstructure cérébrale des patients atteints de la sclérose en plaques par l'imagerie multimodale"*.
- Le **Dr Z. Jedidi** a défendu sa thèse de doctorat en sciences médicales avec un travail intitulé: *"Mécanismes cérébraux du traitement incident de l'information sémantique"*. Il a également été nommé chef du Service de Neurologie des cliniques ISoSL Valdor et Pèrî.
- Le **Dr Fr. Meyer** a reçu la "Bourse de la Galerie Liehrmann" par la FLF pour son travail *"Modifications synaptiques dans les déclin cognitifs subjectifs"*.
- Le **Pr. E. Salmon** a obtenu une bourse de la Fondation Recherche Alzheimer.

Service d'Oncologie médicale

- Le **Dr C. Denis** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail *"Recherche de biomarqueurs dans le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration"*.
- Le **Dr C. Denis** a également reçu le Prix du Dr Joseph Jordant via la FLF pour son travail *"Recherche de biomarqueurs dans le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration"*.
- Le **Dr P. Frères** a reçu la "Bourse Laurie Michel" et le Prix "Maxime Zune" via la FLF pour son travail *"La revalidation multidisciplinaire pour combattre le glioblastome"*.
- Le **Dr C. Pottier** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail *"Résistance du cancer du sein hormonodépendant à la combinaison hormonothérapie-inhibiteur de CDK4/6"*.
- Le **Dr C. Pottier** a également reçu la "Bourse Ladies Against Cancer" via la FLF pour son travail *"Etude de la résistance du cancer du sein aux thérapies ciblées"*.



Service de Pédiatrie

- Le **Dr N. Bricmont** a reçu une bourse de fonctionnement FLF pour son travail *"Standardisation de la videomicroscopie pour le diagnostic de la dyskinésie ciliaire primitive"*.
- Le **Dr B. David**, le **Dr C. Piette** et le **Pr. A.-S. Parent**, en collaboration avec l'HUDERF (Dr Laurence Dedeken) et les Cliniques Universitaires Saint-Luc (Dr Maëlle de Ville) ont reçu une bourse de 778 500€ sur 3 ans en réponse à l'appel à projet *"Organ Saving Treatment and Improvement of Quality of Life 2022"* de la Fondation contre le Cancer, pour le projet *"PRINCESS: Preserving Fertility and Quality of Life in Belgian Female Paediatric Cancer Survivors"*.
- Le **Dr C. Kempeneers** a reçu la "Bourse Elvia Eyckelberg" via la FLF pour son travail *"Etude de la fiabilité de la vidéomicroscopie ciliaire au cours de la première année de vie"*.
- Le **Dr L. Servais** a reçu un prix de la Fondation Léon Fredericq pour le projet *"Baby Detect"*.

Service de Pneumologie-Allergologie

- Le **Pr. R. Louis** a vu le travail *"Chair de la Task force européenne sur le diagnostic de l'asthme chez l'adulte"* qu'il a présidé, publié dans la Revue européenne de Pneumologie.
- Le **Dr F. Gester** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail *"Etude de l'impact des cellules souches mésoenchymateuses sur la fibrose pulmonaire progressive"*.
- Le **Dr Q. Maloir** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail *"Etude des éléments radio-cliniques, biochimiques et géniques en hypertension pulmonaire"*.
- Le **Dr F. Schleich** a été élue co-Présidente du Registre de l'Asthme sévère européen SHARP et vice-Présidente de la Société belge de Pneumologie (BeRS).

Service de Rhumatologie

- Le **Dr M. Mina** a reçu une bourse de recherche clinique FLF pour son travail *"Etude multimodale de l'ostéoporose et de la myopathie cortico-induites"*.

Service des Soins intensifs

- Le **Pr. Ph. Morimont** est devenu Président du BIWAC (Belgian Interdisciplinary Working Group on Acute Cardiology) pour 2022 et 2023.

Service des Urgences

- Le **Dr E. Brasseur** a défendu publiquement sa thèse de Doctorat en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Médicales. Le sujet était le suivant: *"Contribution à l'étude de la problématique des soins non programmés: Apport d'un Système Algorithmique Liégeois d'Orientation pour la Médecine Omnipraticienne Nocturne (SALOMON)"*.

Publications

Les publications scientifiques réalisées par les médecins du CHU sont encodées dans la plateforme institutionnelle Orbi. Dans le cadre du rapport d'activités 2022 du CHU, chaque chef de service a été invité à choisir la publication qu'il estime la plus pertinente afin d'en promouvoir sa divulgation.

Anatomie pathologique et dermatopathologie

Le remplacement des Lactobacilles, physiologiquement largement majoritaires dans la flore vaginale par un mélange bactérien plus diversifié est considéré comme un facteur de risque pour la persistance et la progression des lésions (pré)cancéreuses associées au papillomavirus humain (HPV). A contrario, l'influence des infections par HPV sur le microbiote vaginal restait largement méconnue. Cette étude a montré qu'une infection virale persistante augmente significativement le risque d'apparition d'une vaginose bactérienne et réduit drastiquement la sécrétion des peptides innés par la muqueuse de l'hôte. Ces derniers ne présentent cependant aucune activité antimicrobienne sur les Lactobacilles mais sont clivés et utilisés comme source d'acides aminés par ces bactéries lactiques, soutenant leur croissance/survie. En conséquence, dans un effort d'échappement aux réponses immunitaires, les HPV inhibent l'expression des peptides innés normalement sécrétés par la muqueuse cervico-vaginale, favorisant in fine un déséquilibre du microbiote.

Lebeau A, Bruyère D, Roncarati P, Peixoto P, Hervouet E, Cobraiville G, Taminiau B, Masson M, Gallego C, Mazzucchelli G, Smargiasso N, Fleron M, Baiwir D, Hendrick E, Pilard C, Lerho T, Reynders C, Ancion M, Greimers R, Twizere J-C, Daube G, Schlecht-Louf G, Bachelerie F, Combes J-D, Melin P, Fillet M, Delvenne P, Hubert P & Herfs M. HPV infection alters vaginal microbiome through down-regulating host mucosal innate peptides used by Lactobacilli as amino acid sources. Nature Communications, 13(1), 1076.

 <https://hdl.handle.net/2268/288940>

Anesthésie - Réanimation

Cette étude a utilisé l'intelligence artificielle pour calculer un indicateur permettant de quantifier le niveau d'éveil et d'expérience subjective (de conscience), à partir d'enregistrements électroencéphalographiques, couplés ou non à une stimulation magnétique transcrânienne. Cet index est ensuite validé chez des individus présentant un état d'éveil et/ou de conscience altéré comme au cours du sommeil physiologique, lors d'une anesthésie générale, ou après une lésion cérébrale sévère. Il permet aussi de démontrer que les régions pariétales du cerveau contribuent de façon prépondérante à cette quantification du niveau d'éveil et de conscience. C'est la première fois qu'une donnée chiffrée tirée de l'analyse de l'électroencéphalogramme permet de quantifier précisément le niveau de ces deux composants fondamentaux de la conscience, à savoir l'état d'éveil et le niveau d'expérience subjective.

Lee M, Sanz L, Barra A, Wolff A, Nieminen J O, Boly M, Rosanova M, Casarotto S, Bodart O, Annen J, Thibaut A, Panda R, Bonhomme V, Massimini, M, Tononi G, Laureys S, Gosseries O & Lee S-W. Quantifying arousal and awareness in altered states of consciousness using interpretable deep learning. *Nature Communications*, 13(1), 1064.

 <https://hdl.handle.net/2268/290108>

Cardiologie

Cette étude met en avant l'importance de l'imagerie multimodale dans l'évaluation des insuffisances valvulaires sur valve native. Elle montre l'intérêt de la première approche par échocardiographie, complétée par des techniques plus avancées d'imagerie telles que la résonance magnétique nucléaire, le scanner ou les techniques éventuelles de scintigraphies. Elle confirme l'importance de l'échographie tridimensionnelle dans le diagnostic, l'évaluation de la sévérité, le pronostic et la prise en charge des insuffisances valvulaires, pathologies fréquentes dont la prévalence augmente avec l'âge.

Lancellotti P, Pibarot P, Chambers J, La Canna G, Pepi M, Dulgheru R, Dweck M, Delgado V, Garbi M, Vannan M A, Montaigne D, Badano L, Maurovich-Horvat P, Pontone G, Vahanian A, Donal E & Cosyns B. Multi-modality imaging assessment of native valvular regurgitation: an EACVI and ESC council of valvular heart disease position paper. *European Heart Journal. Cardiovascular Imaging*, 23(5), e171-e232.

 <https://hdl.handle.net/2268/291292>



Centre Interdisciplinaire Algologie

Cette étude, réalisée chez 200 patients, a évalué la douleur, grâce à un questionnaire combiné à un examen clinique, chez des patients souffrant de maladie inflammatoire chronique des intestins (MICI). Son originalité réside dans la recherche, pour la première fois, de la présence de douleurs abdominales avec une composante de sensibilisation centrale, au moyen du questionnaire DN4. Elle démontre que la prévalence de la douleur, à la fois abdominale et extra-intestinale, est élevée chez les patients souffrant de MICI, affectant ainsi la qualité de vie. La douleur avec sensibilisation centrale survient chez un quart des patients souffrant de douleurs abdominales. Dans ce cas, la douleur est plus intense et nuit encore davantage à la qualité de vie.

Hardy P-Y, Fikri J, Libbrecht D, Louis E & Joris J. Pain characteristics in patients with inflammatory bowel disease: A monocentric cross-sectional study. Journal of Crohn's and Colitis, 16(9):1363-1371.

 <https://hdl.handle.net/2268/290860>

Chimie médicale

Cette étude pilote, randomisée en double aveugle et contrôlée par placebo, avait pour but d'évaluer comment la supplémentation en vitamine D affectait le séjour à l'hôpital et l'amélioration clinique des patients infectés par le COVID-19 présentant une déficience en vitamine D. Cinquante sujets ont reçu un traitement COVID optimal et soit 25000 UI de vitamine D par jour pendant 4 jours (suivi de 25000 UI par semaine pendant 6 semaines) soit un placebo. La vitamine D a réduit la durée d'hospitalisation de moitié (4 versus 8 jours) par rapport au placebo. Après 21 jours, aucun patient sous vitamine D n'était encore hospitalisé, contre 14 % des patients sous placebo. La vitamine D a réduit la durée de la supplémentation en oxygène et a amélioré la récupération clinique. La supplémentation en vitamine D peut améliorer l'issue clinique des patients déficients en vitamine D atteints de COVID-19 nécessitant une hospitalisation.

De Niet S, Trémège M, Coffiner M, Rousseau A-F, Calmes D, Frix A-N, Gester F, Delvaux M, Dive A-F, Guglielmi E, Henket M, Staderoli A, Maesen D, Louis R, Guiot J & Cavalier E. Positive effects of vitamin D supplementation in patients hospitalized for COVID-19: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Nutrients, 14(15), 3048.

 <https://hdl.handle.net/2268/293481>

Chirurgie abdominale, endocrine et de transplantation

Les propriétés immunomodulatrices des cellules stromales mésenchymateuses (CSM) pourraient être particulièrement intéressantes en transplantation hépatique (TH). Cette première étude prospective, contrôlée de phase 1-2 chez l'homme et évaluant la sécurité d'une perfusion unique de CSM après TH, rapporte les résultats à long terme. Dix patients transplantés hépatiques sous immunosuppression standard ont reçu 1 dose de CSM à J+3 et ont été comparés à 10 patients témoins transplantés. Le suivi médian était de 85 mois. Il n'y avait pas de différence ni pour les taux globaux d'infection ou de cancer à 5 ans de suivi entre les deux groupes ni pour les critères secondaires. Le développement d'anticorps anti-HLA contre le donneur de CSM devrait faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. Cette étude confirme l'innocuité d'une perfusion unique de CSM après TH. Les avantages potentiels doivent néanmoins encore être démontrés.

Vandermeulen M, Mohamed-Wais M, Ercicum P, Delbouille M-H, Lechanteur C, Briquet A, Maggipinto G, Jouret F, Beguin Y & Detry O. Infusion of allogeneic mesenchymal stromal cells after liver transplantation: Five-year follow-up. Liver Transplantation, 28, 636-646.

 <https://hdl.handle.net/2268/264660>

Chirurgie cardio-vasculaire

Cette étude s'inscrit dans la lignée des précédentes études sur les prélèvements de cœurs chez des donneurs en arrêt cardiaque après désescalade thérapeutique, ce qui constituait une première en Belgique. Ici, le cœur a été prélevé après procédure d'euthanasie ce qui constitue une première également, et même une première mondiale, dans le cadre d'une euthanasie. En même temps, les autres organes (foie et reins) ont été également prélevés. Ce prélèvement a nécessité une modification de la technique appliquée en cas de désescalade thérapeutique. L'ensemble de ces procédures permet d'augmenter le pool de donneurs alors qu'un déséquilibre existe entre le nombre de patients en attente de transplantation et le nombre de donneurs potentiels.

Tchana-Sato V, Hans G, Brouckaert J, Detry O, Van Cleemput J, Rex S, Jaquet O, De Troy E, Trung M-L N, Ancion A, Van den Eynde R, Lievens I, Lagny M G, Delbouille M-H, Defraigne J, Ledoux D & Rega F. Successful heart transplantation from donation after euthanasia with distant procurement using normothermic regional perfusion and cold storage. American Journal of Transplantation, 22(12), 3146-3149.

 <https://hdl.handle.net/2268/296681>

Chirurgie de la main

La spasticité est une forme d'hypertonie, fréquemment rencontrée dans les suites d'un accident vasculaire cérébral. Elle peut être à l'origine de limitations fonctionnelles, de rétractions tendineuses, de déformations ostéoarticulaires, de douleurs et de plaies. Le traitement de première ligne de la spasticité focale ou multifocale repose sur l'injection intramusculaire de toxine botulique de type A dans les muscles entrepris, en association à des mesures de positionnement et à une prise en charge kinésithérapeutique. Malgré la fréquence de cette affection, elle est encore trop souvent reconnue, et donc traitée, tardivement, ce qui aboutit à des conséquences délétères pour le patient. Dans certaines indications précises, la chirurgie a également une place dans l'arsenal thérapeutique de la spasticité. Enfin, la spasticité ne doit pas être confondue avec les autres formes d'hypertonie, comme la dystonie.

Vogel L, Waxweiler C & Depierreux F. Comment je traite...la spasticité après un accident vasculaire cérébral. Revue Médicale de Liège, 77(9), 484-490.

 <https://hdl.handle.net/2268/294483>

Chirurgie de l'appareil locomoteur

La coxalgie est une plainte douloureuse fréquente en chirurgie orthopédique. Alors que la prise en charge d'une hanche "traumatique" est relativement bien codifiée, les coxalgies atraumatiques sont plus difficiles à diagnostiquer et explorer. Une anamnèse minutieuse ainsi qu'un examen clinique doivent orienter les diagnostics différentiels lors de la survenue d'une coxalgie. La radiographie et la biologie sanguine sont des examens complémentaires primordiaux permettant, dans la plupart des cas, un diagnostic et l'orientation de la prise en charge. Le clinicien doit avoir une bonne compréhension des pathologies de la hanche pour établir une stratégie thérapeutique adéquate. La prise en charge précoce de certaines pathologies comme le conflit fémoro-acétabulaire, l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale et l'arthrite septique, permet de prévenir une dégradation articulaire évoluant vers la coxarthrose.

Lepiece C, Dunand X & Thirion T. Comment j'explore ... Une coxalgie. Revue Médicale de Liège, 77(11), 672-677.

 <https://hdl.handle.net/2268/296610>

Chirurgie maxillo-faciale et plastique

Le terme lymphœdème se réfère à une dysfonction lymphatique associée à une accumulation excessive de liquide et un gonflement. Le plus souvent, le lymphœdème est secondaire à une chirurgie et/ou une irradiation. Cette étude a permis d'étudier le rôle respectif de l'irradiation, de la chirurgie et des deux techniques combinées sur différents facteurs: gonflement, clairance du vert d'indocyanine, remodelage de la vascularisation lymphatique, épaissements dermique et épidermique, infiltration de cellules inflammatoires, dépôt de collagène et accumulation adipocytaire. Elle a surtout permis de mettre en évidence l'importance d'une irradiation avant la chirurgie pour induire de manière expérimentale un lymphœdème sévère et rapide. Ce modèle murin permet donc d'étudier la physiopathologie du lymphœdème et de tester différentes cibles thérapeutiques potentielles.

Buntinx F, Lebeau A, Gillot L, Baudin L, Ndong Penda R, Morfoisse F, Lallemand F, Vottero G, Nizet C, Nizet J-L, Blacher S & Noël A. Single and combined impacts of irradiation and surgery on lymphatic vasculature and fibrosis associated to secondary lymphedema. Frontiers in Pharmacology, 13:1016138.

 <https://hdl.handle.net/2268/296575>

Dermatologie

Cette étude visait à revoir le bienfondé clinique de la biopsie cutanée dans d'autres spécialités que la dermatologie. Dans la littérature, des données basées sur l'évidence existent pour 6 maladies, parmi lesquelles l'amyloïdose, la neuropathie périphérique autonome, le syndrome de Sneddon, le lymphome intravasculaire et la sarcoïdose. Le bienfondé était questionnable pour la réaction greffon versus hôte, l'endocardite infectieuse et le lupus band test. La biopsie cutanée n'était pas utile pour le diagnostic de la calciphylaxie, la sclérodermie systémique, la maladie de Behçet et le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Pour le diagnostic du syndrome d'Alport, le pseudoxanthome élastique et le syndrome d'Ehlers-Danlos, la biopsie cutanée est remplacée par des analyses génétiques. Pour des diagnostics comme le purpura d'Henoch-Schönlein et le syndrome de Sjögren, la biopsie cutanée représente un élément diagnostique parmi d'autres critères.

Bailleux S, Collins P & Nikkels A. The relevance of skin biopsies in general internal medicine: Facts and myths. Dermatology and Therapy, 12, 1103-1119

 <https://hdl.handle.net/2268/300504>

Diabétologie, nutrition, maladies métaboliques

Le sacubitril/valsartan, médicament de la classe des Angiotensin Receptor-Nepriylsin Inhibitor (ARNI) indiqué dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, a récemment été associé à une amélioration du contrôle glycémique dans le diabète de type 2. Le sacubitril réduirait la dégradation de certains substrats de la néprilysine, dont le glucagon-like peptide-1 (GLP-1), exerçant des effets favorables sur le métabolisme glucidique. Cette étude, fruit d'une collaboration toujours active avec l'Université de Washington (Seattle, Etats-Unis), démontre que le traitement de souris diabétiques avec le sacubitril améliore la sécrétion d'insuline et abaisse la glycémie via un mécanisme impliquant le récepteur du GLP-1. Ces résultats soulèvent la question de la place des ARNI dans le traitement du diabète de type 2, une pathologie étroitement associée à l'insuffisance cardiaque.

Esser N, Mongovin S M, Parilla J, Barrow B M, Mundinger T O, Fontaine B S, Larmore M J, Castillo J J, Akter R, Hull R L & Zraika S. Nephilysin inhibition improves intravenous but not oral glucose-mediated insulin secretion via GLP-1R signaling in mice with β -cell dysfunction. American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism, 322(3), E307-E318.

 <https://hdl.handle.net/2268/289995>

Endocrinologie clinique

En 2014, le service d'endocrinologie décrivait une nouvelle maladie, le X-LAG (X-Linked Acro Gigantism), dans laquelle une duplication du gène GPR101 provoquait le développement d'une forme de gigantisme. Mais comment une simple duplication d'un gène non muté augmente-t-elle de plusieurs milliers de fois l'expression d'un récepteur dans l'hypophyse de ces patients ? Dans le cadre d'une collaboration avec les universités de Milan et de Séville, cette étude a permis de découvrir que ce gène est normalement isolé des gènes et régulateurs avoisinants dans une structure spatiale appelée un TAD (Topologically Associated Domain). La duplication du gène modifie cette architecture et le force à interagir avec de nouveaux éléments (les enhanceurs). Cette interaction provoque la surexpression de la protéine GPR101. Ce type de "TADopathie" a été rarement décrit et est, pour la première fois, observé en endocrinologie.

Franke M, Daly A, Gonon Rodrigues Palmeira L, Tirosh A, Stigliano A, Trifan E, Faucz F R, Abboud D, Petrossians P, Tena J J, Vitali E, Lania A G, Gómez-Skarmeta J L, Beckers A, Stratakis C A & Trivellin G. Duplications disrupt chromatin architecture and rewire GPR101-enhancer communication in X-linked acrogigantism. American Journal of Human Genetics, 109(4), 553-570.

 <https://hdl.handle.net/2268/288378>

Gastro-Entérologie-Hépatologie

Les sténoses intestinales constituent une complication importante de la maladie de Crohn et la cause principale des résections chirurgicales dans cette maladie. Les traitements médicamenteux, y compris les biologiques les plus récents, n'ont qu'une efficacité limitée sur ces lésions. Les cellules souches mésenchymateuses ont un potentiel intéressant pour le traitement de ces lésions: leur effet immuno-régulateur, régénératif et anti-fibrosant a été démontré dans plusieurs modèles animaux. Cette étude, réalisée en collaboration avec le laboratoire de thérapie cellulaire du CHU de Liège, est la première étude de phase 1-2 dans cette indication. Dans cette étude, 10 patients avec maladie de Crohn sténosante ont été traités par injection d'une quantité prédéfinie de cellules souches mésenchymateuses aux 4 quadrants de la sténose. Aucune complication immédiate n'a été notée, plusieurs patients ont présenté secondairement un épisode intestinal occlusif, attendu vu l'histoire naturelle de ces lésions, mais plusieurs patients ont aussi amélioré leurs symptômes et ont vu s'accroître le calibre de la sténose. Ces résultats prometteurs devraient déboucher sur une étude de phase 2 associant dilatation endoscopique et injection intra-lésionnelle de cellules souches mésenchymateuses et comparant ces dernières à un placebo.

Vieujean S, Loly J-P, Boutaffala L, Meunier P, Reeneers C, Briquet A, Lechanteur C, Baudoux E, Beguin Y & Louis E. Mesenchymal stem cell injection in Crohn's disease strictures: a phase I-II clinical study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 16, 506-510.

 <https://hdl.handle.net/2268/263369>

Génétique

Les acides aminés à chaîne ramifiée (BCAA-leucine, isoleucine, valine) jouent un rôle crucial dans la synthèse des protéines et la neurotransmission cérébrale. Le catabolisme des BCAA est régulé par la phosphorylation réversible de l'enzyme BCKDH (branched chain ketoacid dehydrogenase), médiée par la kinase BCKDK (BCKDH kinase). Chez trois frères et sœurs présentant un retard de développement sévère, une microcéphalie, un trouble du spectre autistique et une encéphalopathie épileptique, une nouvelle délétion homozygote (c.999_1001delCAC; p.Thr334del) de BCKDK a été identifiée. Cette étude a démontré par tests fonctionnels, dans des cellules transfectées, que la délétion inactivait BCKDK, entraînant une surconsommation des BCAA. Un traitement par

doses pharmacologiques de BCAA a amélioré le contrôle des crises épileptiques des patients, sans qu'une différence notable ne soit observée sur leurs compétences développementales.

Boemer F, Josse C, Luis G, Di Valentin E, Thiry J, Cello C, Caberg J-H, Dadoumont C, Harvengt J, Lumaka A, Bours V & Debray F-G. Novel loss of function variant in BCKDK causes a treatable developmental and epileptic encephalopathy. International Journal of Molecular Sciences, 23(4), 2253.

 <https://hdl.handle.net/2268/289547>

Gynécologie-Obstétrique Citadelle

La cryoconservation ovocytaire (CO) permet une préservation de la fertilité (PF) dans un nombre croissant d'indications. L'endométriose, altérant la réserve ovarienne, semble être une indication intéressante. L'objectif de cette étude était de résumer les preuves disponibles sur la CO en cas d'endométriose et de calculer le nombre de patientes à traiter. Celui-ci est estimé à 16, signifiant que 16 femmes doivent effectuer une CO pour que l'une d'entre elles ait un enfant qu'elle n'aurait pas eu sans cette technique. La CO doit être discutée avec les patientes qui souffrent d'endométriose car il s'agit d'une technique efficace de PF, qui peut permettre à ces patientes d'obtenir une grossesse qu'elles n'auraient pas eue autrement. Néanmoins, elle ne devrait pas être généralisée, car on manque encore de données socio-économiques solides. *Henry L, Vervier J, Boucher A, Brichant G, Gaspard O, Labied S, Munaut C, Ravet S & Nisolle M. Oocyte cryopreservation in patients with endometriosis: Current knowledge and number needed to treat. Journal of Clinical Medicine, 11(15), 4559.*

 <https://hdl.handle.net/2268/294671>

Gynécologie-Obstétrique CHU

Les cancers du col utérin récurrents ou métastatiques qui ne peuvent être traités localement sont considérés comme incurables et au pronostic sombre. Historiquement, la monothérapie au cisplatine, puis l'association de cisplatine et de paclitaxel ont constitué la norme de soins. Depuis dix ans, l'association du bevacizumab (traitement ciblé "anti-angiogénique") à la chimiothérapie a amélioré la survie des patientes. Récemment, l'addition de l'immunothérapie (inhibiteur de point de contrôle visant le PD1 – programmed cell death-1) à la chimiothérapie a encore augmenté la survie. Dans le futur proche se profile le tisetumab vedotin, un conjugué anticorps-médicament ciblant le facteur tissulaire. La prescription efficace de ces thérapies nécessite l'identification des patientes qui y répondront le mieux. De récentes recherches ont démontré l'hétérogénéité moléculaire potentiellement "ciblables" de ces tumeurs. *Gennigens C, Jerusalem G, Lapaille L, De Cuyper M, Strel S, Kridelka F & Ray-Coquard I. Recurrent or primary metastatic cervical cancer: current and future treatments. ESMO Open, 7(5), 1-3.*

 <https://hdl.handle.net/2268/294922>



Hématologie biologique et immuno-hématologie

La transfusion plaquettaire est couramment utilisée pour la prévention des saignements en cas de thrombopénie centrale. On estime que 7 à 34 % des patients transfusés chroniquement deviennent progressivement réfractaires jusqu'à ne plus présenter d'augmentation de la numération plaquettaire post-transfusionnelle. Dans ce cas, et en présence de saignements, une option consiste à transfuser en continu (TC) des concentrés plaquettaires (CP). Une étude rétrospective a été réalisée pendant une période de deux ans (2019-2020). Dans la cohorte, 13 patients ont bénéficié de TC. La numération plaquettaire moyenne a augmenté durant la TC et dans 61 % des cas, une amélioration de la symptomatologie hémorragique a été obtenue. La TC apparaît comme une procédure efficace pour la prévention des saignements chez les patients réfractaires.

Devey A, Gothot A. Transfusion continue de plaquettes chez les patients réfractaires aux transfusions plaquettaires : étude rétrospective. Revue Médicale de Liège, 77(11), 637–643.

 <https://hdl.handle.net/2268/300224>

Hématologie clinique

Les patients greffés sont particulièrement à risque de COVID-19 sévère et répondent mal à 2 doses de vaccination. La réponse à une troisième dose de vaccin anti-SARS-CoV-2 chez des patients ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (greffe de moelle) a été étudiée. Les résultats de cette étude démontrent qu'une majorité de ces patients augmentent fortement leurs taux d'anticorps après la troisième dose du vaccin BNT162b2 à condition de ne pas présenter une maladie du greffon chronique modérée/sévère. De futures études devront examiner si cette réponse en anticorps se traduit par une protection efficace contre la COVID-19 sévère.

Canti L, Ariën K K, Desombere I, Humblet-Baron S, Pannus P, Heyndrickx L, Henry A, Servais S, Willems E, Ehx G, Goriely S, Seidel L, Michiels J, Willems B, Goossens M E, Beguin Y, Marchant A & Baron F. Antibody response against SARS-CoV-2 Delta and Omicron variants after third-dose BNT162b2 vaccination in allo-HCT recipients. Cancer Cell, 40(4), 335-337.

 <https://hdl.handle.net/2268/268418>

Imagerie médicale

Le développement du cortex cérébral implique une séquence d'événements biologiques finement régulés. L'ubiquitination, soit l'adjonction d'une ou de plusieurs molécules d'ubiquitine (Ub) par l'action d'Ub ligases, est une modification post-translacionnelle des protéines largement impliquée dans l'homéostasie de tous types cellulaires (ubiquitous signifiant omniprésent). Les preuves scientifiques soulignant le rôle des Ub ligases dans tous les aspects du développement cortical s'accumulent depuis plusieurs années. En corollaire, leur dysfonction peut mener à une variété de pathologies neuro-développementales (malformations corticales, épilepsie, etc...). Ce travail de revue s'applique à démontrer le rôle-clé des E3 Ub ligases dans le déroulement normal et pathologique de la corticogenèse, aussi bien chez la souris que chez l'homme, et l'importance de la compréhension de ces mécanismes moléculaires pour le développement de futures options thérapeutiques.

Lambert N, Moise M & Nguyen L. *E3 Ubiquitin ligases and cerebral cortex development in health and disease. Developmental Neurobiology, 82(5), 392-407*

 <https://hdl.handle.net/2268/290052>

Maladies infectieuses et médecine interne générale

Bien que les personnes vivant avec le VIH (PVIH) soient potentiellement à risque de développer une forme plus sévère de la COVID-19, il existe peu de données sur l'efficacité du vaccin contre le SARS-CoV-2 dans cette population. Cette étude a évalué de manière prospective la réponse immunitaire induite par une troisième dose de vaccin chez des PVIH et comparé cette réponse à celles de contrôles sains. Les résultats montrent un renforcement significatif de l'immunité anti-SARS-CoV-2 chez tous les participants. Cependant, les données soulèvent des inquiétudes quant à la capacité du vaccin à induire une réponse cellulaire suffisante chez les PVIH n'ayant jamais été infectés par le SARS-CoV-2. D'autres études sont nécessaires pour identifier les sous-groupes de patients les plus à même de bénéficier d'une dose de rappel.

El Moussaoui M, Desmecht S, Tashkeev A, Lambert N, Maes N, Braghini J, Marechal N, Quintana C, Briquet K, Gofflot S, Toussaint F, Hayette M-P, Vermeersch P, Lutteri L, Grégoire C, Beguin Y, Rahmouni S, Moutschen M, Desmecht D & Darcis G. *Reduced T-cell response following a third dose of SARS-CoV-2 vaccine in infection-naïve people living with HIV. Journal of Infection, 85, 751-755.*

 <https://hdl.handle.net/2268/294503>

Médecine de l'appareil locomoteur

Le but de cette étude est de tester et valider, par une approche multicentrique, une nouvelle technique électroneuromyographique, appelée iMAX, pour évaluer l'excitabilité des axones moteurs périphériques. L'iMAX, qui correspond à la plus faible intensité permettant une réponse électroneuromyographique maximale, a été prospectivement mesuré au niveau de trois nerfs dans quatre centres universitaires à deux reprises chez 28 volontaires sains et 32 patients atteints d'une neuropathie périphérique démyélinisante. L'étude montre que la procédure iMAX est fiable (bonne reproductibilité du test-retest, peu de différence entre les 4 centres) et permet de mettre en évidence des troubles de l'excitabilité des axones moteurs (majoration de l'iMAX particulièrement chez les patients CMT1A et CIDP).

Tyberghein M, Grapperon A-M, Bouquiaux O, Puma A, Attarian S & Wang F-C. iMAX: A new tool for assessment of motor axon excitability. A multicenter prospective study. Clinical Neurophysiology, 133, 20-28.

 <https://hdl.handle.net/2268/288836>

Médecine nucléaire et Imagerie oncologique

La radiomique consiste à déceler dans les images radiologiques ou de médecine nucléaire des éléments non distinguables à l'œil nu (paramètres d'hétérogénéité, de forme, ...) et qui peuvent apporter une information utile et originale, pour le diagnostic ou le pronostic par exemple. Dans ce travail, les auteurs ont développé un algorithme d'apprentissage combinant les paramètres radiomiques en une signature qui permet de différencier des pathologies néoplasiques (lymphome et maladie de Hodgkin) de la sarcoidose. Les images PET/CT sont souvent très similaires dans ces 3 pathologies, et les médecins expérimentés ne sont pas toujours capables de distinguer ces 3 entités sur base des images seules. L'algorithme développé se révèle plus performant dans cette tâche, tout en n'étant pas soumis à la variabilité interobservateur inhérente à l'interprétation humaine.

Lovinfosse P, Ferreira M, Withofs N, Jadoul A, Derwael C, Frix A-N, Guiot J, Bernard C, Diep AN, Donneau A-F, Lejeune M, Bonnet C, Vos W, Meyer P & Hustinx R. Distinction of lymphoma from sarcoidosis at FDG PET/CT - evaluation of radiomic-feature guided machine learning versus human reader performance. Journal of Nuclear Medicine, 63, 1933-1940.

 <https://hdl.handle.net/2268/292303>



Microbiologie clinique

Le dépistage rapide du streptocoque du groupe B (GBS) en intrapartum permet de cibler de manière plus adéquate les mères candidates à une antibioprofylaxie intrapartum, ce qui a conduit un groupe d'experts européens à valider cette stratégie pour la prévention des infections néonatales à GBS. Le test Revogene GBS DS est un test PCR en temps réel, rapide et facile à mettre en œuvre. Ses performances ont été évaluées au laboratoire, sur prélèvement vaginal intrapartum, avec comme méthode de référence la culture intrapartum avec enrichissement. Le test Revogene GBS DS a démontré une sensibilité de 93 % et une spécificité de 99 %, présentant ainsi des performances acceptables selon les recommandations du consensus européen. Des études complémentaires en pratique clinique sont nécessaires pour confirmer ces premiers résultats. *Meex C, Devey A, Defêche J, Bontems S, Descy J, Hayette M-P, Sachelli R & Melin P. Evaluation of the Revogene GBS DS assay performance for the intrapartum screening of group B streptococcus in comparison with intrapartum culture. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease, 102(3), 115616.*

 <https://hdl.handle.net/2268/267298>

Néonatalogie Citadelle

Cette étude consiste en une revue systématique de l'analgosédation par voie intranasale en soins intensifs néonataux. La gestion de la douleur est un élément important dans la prise en charge des nouveau-nés aux soins intensifs. Obtenir un accès veineux chez ces enfants peut cependant être compliqué dans les situations d'urgence ou peu proportionné pour certains examens ponctuels. Les études qui décrivent l'utilisation de sédatifs ou d'analgésiques administrés par voie nasale ont été revues de manière systématique. Cette voie d'administration a été décrite pour l'intubation et la réalisation d'examens complémentaires comme le fond d'œil et l'I.R.M. Elle permet une amélioration des indicateurs de douleur et de sédation. Bien que cette approche semble sûre, une caractérisation plus précise du choix des molécules et des dosages est nécessaire avant de pouvoir la généraliser.

Snyers D, Tribolet S & Rigo V. Intranasal Analgosedation for Infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. Neonatology, 119(3):273-284.

 <https://hdl.handle.net/2268/288742>

Néphrologie

La transplantation rénale nécessite un bilan immunologique visant le meilleur appariement entre le donneur et le receveur. Ce bilan comporte notamment le typage "HLA" (de l'anglais "Human Leukocyte Antigens") : les protéines "HLA" forment le complexe majeur d'histocompatibilité (CMH), unique à chaque individu, qui permet de distinguer les cellules du "soi" des cellules du "non-soi". Outre ce système "HLA", la compatibilité entre deux personnes dépend incontestablement d'autres protéines, pour la plupart inconnues à ce jour. Au sein d'un consortium européen, le service de Néphrologie a participé à la démonstration du rôle-clé du gène MICA du CMH de classe I lors de l'appariement d'un donneur à un receveur en vue d'une greffe rénale.

*Carapito R, Aouadi I, Verniquet M, Untrau M, Pichot A, Beaudrey T, Bassand X, Meyer S, Faucher L, Posson J, Morlon A, Kotova I, Delbos F, Walencik A, Aarnink A, Kennel A, Suberbielle C, Taupin J-L, Matern B, Spierings E, Congy-Jolivet N, Essaydi A, Perrin P, Blancher A, Charron D, Cereb N, Maumy-Bertrand M, Bertrand F, Garrigue V, Pernin V, Weekers L, Naesens M, Kamar N, Legendre C, Glotz D, Caillard S, Ladrière M, Giral M, Anglicheau D, Süsal C & Bahram S. The MHC class I MICA gene is a histocompatibility antigen in kidney transplantation. *Nature Medicine*, 28(5), 989 – 998.*

 <https://hdl.handle.net/2268/296677>

Neurochirurgie

Des descriptions anatomiques récentes mettent en évidence l'existence d'un plexus vasculaire sous dural, vascularisé par les artères méningées moyennes et se drainant dans les sinus veineux, dont la rupture par des mécanismes de traction dans des traumatismes mineurs tend à être impliquée dans la formation d'hématomes sous duraux chroniques classiques. Cet article appuie cette théorie en illustrant le cas d'un hématome sous dural chronique bilatéral survenant dans le cadre d'une fistule artério-veineuse durale engendrant une élévation des pressions dans le système veineux et donc dans le plexus vasculaire sous dural pouvant expliquer sa rupture dans l'espace sous dural. Ceci apporte une explication supplémentaire, par les jeux de pression, à l'efficacité de l'embolisation de l'artère méningée moyenne dans les hématomes sous duraux chroniques.

*Lebeau J, Moise M, Bonnet P, Martin D, Otto B & Scholtes F. The dural vascular plexus in subdural hematoma: Illustration through a case of dural arteriovenous fistula. *Surgical Neurology International*, 13, 212.*

 <https://hdl.handle.net/2268/292198>

Neurologie Citadelle

La stimulation électrique du noyau sous-thalamique (STN-DBS) atténue les fluctuations motrices dans la maladie de Parkinson avancée, mais on sait peu de choses sur son efficacité à très long terme. Dans cette étude, 15 patients parkinsoniens ayant subi une STN-DBS ont été suivis pendant 12 ans et comparés à 14 patients similaires avec le meilleur traitement médicamenteux. Tous étaient de bons candidats à la chirurgie mais ont été assignés à chaque groupe en fonction de leur propre décision. Après 12 ans, les taux de mortalité étaient similaires dans les deux groupes. Dans le groupe DBS, les meilleurs scores "sur" UPDRS III (sous médicaments et stimulation) sont restés significativement meilleurs et les dyskinésies plus courtes et plus faibles que dans le groupe traité par médicaments seuls. Pourtant, en considérant le degré d'indépendance et la qualité de vie, évalués avec le questionnaire PDQ39, aucune différence significative n'a pu être observée entre les groupes à la fin du suivi, probablement à cause de symptômes moteurs et non moteurs résistants à la dopa et à la stimulation, tels que les chutes, le freezing, la démence, l'apathie et la dépression, les deux derniers étant plus fréquents dans le groupe DBS. Les symptômes et les signes de résistance aux médicaments et à la chirurgie surviennent plus souvent après une longue évolution de la maladie et chez les patients âgés. C'est peut-être pourquoi les différences de qualité de vie entre les deux groupes n'existaient plus après douze ans car, par rapport à d'autres études, nos patients étaient plus âgés au moment de l'inclusion.

Maertens de Noordhout A. Subthalamic deep brain stimulation versus best medical treatment: a 12-year follow-up. Acta Neurologica Belgica, 122, 197-202.

 <https://hdl.handle.net/2268/267618>

Neurologie CHU

Dans cette étude, une cohorte rétrospective de neuromyéélite optique consistant en 10 AQP4-NMOSD, 8 MOGAD et 2 NMOSD séronégatif, suivie à l'unité spécialisée de neuroimmunologie a été présentée. L'âge de début était de 37,8 et 27,7 ans pour AQP4-NMOSD et MOGAD, respectivement. Dans les deux groupes, le premier événement clinique consistait le plus souvent en une névrite optique (ON), suivie d'une myélite isolée. Les MOGAD et AQP4-NMOSD diffèrent par des caractéristiques cliniques et pronostiques. Une meilleure compréhension de ces maladies devrait encourager un dépistage biologique rapide et accélérer le diagnostic approprié et le traitement.

Dauby S, Dive D, Lutteri L, Andris C, Hansen I, Maquet P & Lommers E. Comparative study of AQP4-NMOSD, MOGAD and seronegative NMOSD: a single-center Belgian cohort. Acta Neurologica Belgica, 122(1):135-144.

 <https://hdl.handle.net/2268/262215>

Oncologie médicale

Les immuno-conjugués représentent une nouvelle classe thérapeutique importante en oncologie. Un anticorps monoclonal chargé de chimiothérapie se fixe sur une cible spécifique puis permet de délivrer sélectivement le traitement anticancéreux au niveau des cellules tumorales. Cela permet d'administrer localement une dose plus importante et avec moins de toxicité. Le trastuzumab deruxtecan est un nouveau immuno-conjugué approuvé dans le traitement du cancer du sein HER2 positif. Le travail de recherche décrit dans l'article est une première preuve de l'efficacité de ce traitement également chez des patientes souffrant d'une dissémination métastatique cérébrale. Un contrôle durable de la maladie a été observé similaire à ce qui a été décrit chez les patientes souffrant d'une maladie métastatique sans atteinte cérébrale.

*Jerusalem G, Park Y H, Yamashita T, Huvitz S A, Modi S, Andre F, Krop I E, González Farré X, You B, Saura C, Kim S-B, Osborne C R, Murthy R.K, Gianni L, Takano T, Liu Y, Cathcart J, Lee C & Perrin C. Trastuzumab deruxtecan in HER2-Positive metastatic breast cancer patients with brain metastases: A DESTINY-Breast01 subgroup analysis. *Cancer Discovery*, 12(12), 2754 – 2762.*

 <https://hdl.handle.net/2268/300139>

ORL

La téléconsultation en logopédie n'est pas un phénomène nouveau. Son importance a été renforcée par la pandémie de COVID-19 durant laquelle les soins "non-vitaux" tels que la réadaptation orthophonique n'étaient pas accessibles. Cette étude, menée en collaboration avec la Société Française de Phoniatrie et Laryngologie, a permis d'établir un protocole consensuel de télé-réadaptation en orthophonie pour les troubles de la voix. Elle reprend une série de recommandations pour assurer la fiabilité de l'évaluation vocale et le bon déroulement de la thérapie.

*Baudouin R, Hans S, Guiche M, Binet A, Circiu M P, Crevier-Buchman L, Morsomme D, Finck C, Rutigliano P, Rodriguez A, Louvet N-S, Allouche J, Julien-Laferriere A, Vialatte de Pemille G, Bousard L, de Mones E, Crestani S, Giovanni A, Gallant N, Lechie & J R. Tele-rehabilitation in voice disorders during the pandemic: a consensus paper from the French Society of Phoniatrics and Laryngology. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 280(5), 2411–2419.*

 <https://hdl.handle.net/2268/298166>

Orthopédie dento-faciale

L'objectif de ce travail était d'évaluer le logiciel d'analyse automatique Jaw Activity (JAWAC) des mouvements mandibulaires pour identifier les états de sommeil et d'éveil par confrontation avec la polysomnographie (PSG) et l'actigraphie (ACTG). Une PSG, qui est la norme de référence, une ACTG et un JAWAC simultanés et synchronisés en laboratoire ont été réalisés chez 100 patients adultes souffrant de troubles du sommeil. Le JAWAC, comparé à l'ACTG, a classé les états de sommeil et d'éveil avec une plus grande spécificité, tandis que la précision et la sensibilité globales des deux appareils étaient comparables. Cette étude a donc indiqué que, outre sa capacité à estimer de manière fiable le temps de sommeil total, le JAWAC était capable de surmonter le problème important de la reconnaissance de l'état d'éveil calme.

Chakar B, Senny F, Bruwier A, Baharloo F & Poirrier A-L. Validation of mandibular movements analysis to measure sleep in adults with sleep complaints by comparison with actigraphy and polysomnography. Sleep Science, 15(3), 318-325.

 <https://hdl.handle.net/2268/268465>

Parodontologie, chirurgie bucco-dentaire et implantaire

L'objectif de cette série de cas était d'évaluer la survie des implants ainsi que les changements dimensionnels des tissus durs après la pose immédiate de l'implant à l'aide d'un pilier de cicatrisation anatomique. Vingt patients ont été inclus pour une extraction et implantation immédiate. Le taux de survie des implants et les changements osseux péri-implantaires ont été enregistrés jusqu'à 1 an après la pose de l'implant. Le taux de survie des implants est de 95%. Le remodelage osseux horizontal n'était pas significatif. Malgré ses limites, cette étude a montré que ce protocole d'implantation immédiate utilisant un pilier de cicatrisation anatomique sur mesure donne des résultats prometteurs avec des changements dimensionnels limités des tissus durs et mous tout en diminuant le temps de traitement global.

Lilet R, Désiron M, Finelle G, Lecloux G, Seidel L & Lambert F. Immediate implant placement combining socket seal abutment and peri-implant socket filling: A prospective case series. Clinical Oral Implants Research, 33, 33-44.

 <https://hdl.handle.net/2268/268808>

Pédiatrie CHU

L'âge moyen de début de la puberté n'a cessé de décliner au cours des dernières décennies. Les études épidémiologiques suggèrent un rôle causal des perturbateurs endocriniens présents dans notre environnement. Les méthodes actuelles d'évaluations des produits chimiques mis sur le marché sont inefficaces pour identifier les perturbateurs endocriniens qui affectent la puberté. Afin de répondre à cette difficulté, notre équipe de recherche a utilisé une approche innovatrice AOP (Adverse Outcome Pathways) pour identifier les mécanismes étiologiques qui expliquent les effets des perturbateurs endocriniens sur le contrôle de la puberté et qui pourraient être exploités pour des méthodes d'évaluation alternatives. Nous avons identifié en particulier des mécanismes de perturbation du contrôle hypothalamique de la puberté qui impliquent les neurones à gonadotropin-releasing hormone.

Franssen D, Svingen T, Lopez Rodriguez D, Van Duursen M, Boberg J & Parent A-S. A putative adverse outcome pathway network for disrupted female pubertal onset to improve testing and regulation of endocrine disrupting chemicals. Neuroendocrinology, 112(2), 101-114.

 <https://hdl.handle.net/2268/259006>

Pédiatrie Citadelle

L'évolution clinique de la polykystose rénale autosomique dominante (PRAD) commence dès l'enfance. Le métabolisme défectueux du glucose a été identifié comme caractéristique clé de la PRAD et comme une nouvelle cible thérapeutique potentielle. C'est pourquoi plusieurs approches ciblant le métabolisme du glucose sont évaluées chez les adultes atteints de PRAD, notamment le régime cétogène, la restriction alimentaire et le traitement par metformine. Aucune donnée n'est disponible sur l'impact de ces approches chez l'enfant. Pourtant, nous sommes actuellement confrontés à une crise de l'obésité infantile associée à une majoration du risque cardiovasculaire. Cette revue résume les connaissances sur le rôle du métabolisme du glucose dans la PRAD et souligne les effets néfastes de l'obésité dans la PRAD en termes de pronostic rénal et cardiovasculaire à long terme. *Dachy A, Decuypère J-P, Vennekens R, Jouret F & Mekahli D. Is autosomal dominant polycystic kidney disease an early sweet disease? Pediatric Nephrology, 37(9), 1945-1955.*

 <https://hdl.handle.net/2268/266979>

Pharmacie

La cystite hémorragique (HC) due au polyomavirus BK (BKPyV) est une complication fréquente après une allogreffe de cellules hématopoïétiques, qui peut entraîner une morbidité significative (obstruction urinaire, besoins accrus en transfusion et hospitalisation prolongée). Cette étude a été réalisée en collaboration avec le département d'hématologie clinique, d'urologie et de microbiologie, afin d'établir un consensus clair sur la manière de gérer cette complication. Une série de cas de 9 patients (4 enfants et 5 adultes) traités par instillation endovésicale (EV) de cidofovir pour le BKPyV-HC après une allogreffe a été rapportée. Huit des neuf patients ont obtenu une résolution complète. Bien que cette série de cas unicentriques de cidofovir EV pour l'HC BKPyV après alloHCT montre des résultats encourageants, seules des études prospectives à grande échelle permettront d'établir définitivement l'efficacité de cette thérapie.

Voisot A, Triffaux F, Roland I, Meex C, Detrembleur N, Baron F, Willems E, David W, Beguin Y & Servais S. Endovesical instillation of Cidofovir in the treatment of BK polyomavirus hemorrhagic cystitis after allogeneic hematopoietic cell transplantation. Current Research in Translational Medicine, 71(1), 103366.

 <https://hdl.handle.net/2268/299418>

Pneumologie-Allergologie

L'asthme est une maladie qui affecte 7-8 % de la population. Les enquêtes démontrent beaucoup de sous et de sur-diagnostic. La Société Européenne de Pneumologie a créé en 2018 une Task Force dont le but a été de revoir la littérature sur le sujet et de proposer des lignes de conduites pour les tests à réaliser dans le but d'établir le diagnostic de l'asthme en médecine de première et de deuxième lignes. Ces recommandations publiées en 2022 insistent sur la nécessité absolue de réaliser une spirométrie au début de l'algorithme afin de juger de l'opportunité d'effectuer un test de bronchodilatation suivi éventuellement par une mesure de NO exhalé et, si nécessaire, un test de provocation en médecine de deuxième ligne.

Louis R, Satia I, Ojanguren I, Schleich F, Bonini M, Tonia T, Rigau D, Brinke A, Buhl R, Loukides S, Kocks J, Boulet L-P, Bourdin A, Coleman C, Needham K, Thomas M, Idzko M, Papi A, Porsbjerg C, Schuermans D, Soriano J & Usmani O. European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. European Respiratory Journal, 2022 Feb 15;2101585, online ahead of print.

 <https://hdl.handle.net/2268/296742>

Prothèse amovible

Dans cette étude, 27 piliers implantaires ont été répartis en 2 groupes: 9 non nettoyés (GR1) et 18 nettoyés. Parmi ces 18, 9 ont été nettoyés avec une compresse imbibée de détergent et plongés dans 3 bains d'US contenant un détergent, de l'eau stérile et de l'éthanol (GR2) tandis que les 9 autres ont été nettoyés à l'aide d'une compresse imbibée de chlorhexidine (GR3). La présence de polluants a été quantifiée par la microscopie électronique à balayage et la nature des contaminants analysée par spectroscopie de rayons X à dispersion d'énergie. Une différence significative entre les groupes mais non significative entre GR1 et GR3 a été observée. Le protocole aux US apparaît le plus efficace. Roth D & Lamy M. *Mise au point d'un protocole de dépollution des piliers implantaires. L'information dentaire, 23, 32-36.*

 <https://hdl.handle.net/2268/301075>

Prothèse fixée

Cet article étudie les propriétés de matériaux céramiques de dernière génération destinés à réaliser des prothèses sur dents et sur implants dentaires par technologie numérique. Il s'agit de zircons, des matériaux également utilisés pour les prothèses orthopédiques. Ce travail analyse l'efficacité de différents types de colles et traitements de surface pour faire adhérer les zircons de dernière génération aux dents et aux pièces implantaires.

Eldafrawy M, Bekaert S, Nguyen J-F, Sadoun M & Mainjot A. Bonding properties of third-generation zirconia CAD-CAM blocks for monolithic restorations to composite and resin-modified glass-ionomer cements. Journal of Prosthodontic Research, 66(3):466-475.

 <https://hdl.handle.net/2268/264613>



Psychiatrie et psychologie médicale

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une pathologie psychiatrique fréquente et invalidante. Environ 10% des patients sont considérés comme très sévèrement atteints et réfractaires aux traitements habituels, combinant antidépresseurs et psychothérapies. La stimulation cérébrale profonde (SCP) est un traitement prometteur qui repose sur l'implantation d'électrodes visant à moduler des circuits cortico-striato-thalamo-corticaux dysfonctionnels. Le Centre de référence TOC du CHU de Liège est un des cinq centres belges habilités à pratiquer cette intervention. Cet article développe l'étude des différentes cibles utilisées et propose de reconsidérer la SCP en termes de réseaux. L'amélioration des connaissances physiopathologiques du TOC et le développement de techniques de neuro-imagerie fonctionnelle devraient permettre de dessiner des protocoles de traitement individualisés.

Janssen C, Salado AL, Kaschten B, Martin D & Scantamburlo G. La stimulation cérébrale profonde comme traitement du trouble obsessionnel compulsif sévère multi-résistant. Revue Médicale de Liège, 77 (11), 649-654.

 <https://hdl.handle.net/2268/300530>

Psychiatrie infanto-juvénile

Il pourrait s'avérer contre-thérapeutique pour les enfants dont les parents sont issus de l'immigration de se retrouver face à un professionnel qui ne tiendrait pas compte de leur parcours et des représentations culturelles qui façonnent le pays d'origine et celui d'accueil. En effet, ces familles ont vécu une expérience de dépossession à travers l'exil et sont fragilisées à différents niveaux. L'intervenant est appelé à s'impliquer dans la co-construction d'un processus thérapeutique dynamique qui permettra la rencontre entre deux cultures dans un espace intermédiaire. Cette rencontre respectueuse favorisera l'alliance thérapeutique nécessaire à l'accompagnement de l'enfant. A titre d'exemple, certaines notions théorico-cliniques ethnopsychiatriques seront abordées à l'aide de la situation clinique d'une jeune fille souffrant d'un trouble du spectre autistique et dont les parents sont d'origine camerounaise.

Salomé D, Lebrun C & Malchair A. Soigner l'enfant dans un contexte interculturel: échanger pour mieux co-construire. Acta Psychiatrica Belgica, 122, 4-8.

 <https://hdl.handle.net/2268/300759>

Radiothérapie

Au sein du service de radiothérapie, la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des traitements sont essentielles. Les patients sont au cœur de l'activité et jouent un rôle central dans leur processus de soins. Il est donc primordial pour le service de comprendre les besoins et les attentes des patients afin d'adapter ses activités, ses politiques et ses stratégies. La récolte et l'analyse des plaintes individuelles, événements indésirables et enquêtes de satisfaction constituent une source précieuse d'informations. En croisant ces différents canaux d'informations, il est possible de mettre en évidence des problématiques communes à améliorer. Les patients sont alors activement impliqués dans les processus d'optimisation de la qualité du service, devenant ainsi des acteurs clés pour la qualité et la sécurité de leur traitement. *Cucchiaro S, Princen F, Goreux J, Cunin M-P, Jacques J, Delgaudine M & Coucke P. Crossover of the patient satisfaction surveys, adverse events and patient complaints for continuous improvement in radiotherapy department. International Journal for Quality in Health Care, 34(1).*

 <https://hdl.handle.net/2268/291248>

Rhumatologie

Depuis de nombreuses années, le laboratoire de rhumatologie se consacre à l'étude des mécanismes moléculaires menant à l'arthrose. La membrane synoviale arthrosique est caractérisée par une inflammation, une hyperplasie et une fibrose qui induisent une raideur et des douleurs articulaires. Récemment, il a été mis en évidence un rôle important de la protéine CEMIP (KIAA1199) dans l'induction de ces trois mécanismes pathologiques. D'après nos résultats, CEMIP aurait un rôle essentiel dans le stade précoce de l'arthrose. Par conséquent, CEMIP pourrait être un candidat intéressant comme cible thérapeutique dans le traitement de cette pathologie. De plus, d'autres maladies partagent des mécanismes similaires, pour lesquels l'inflammation et la fibrose jouent un rôle important. Dès lors, CEMIP pourrait être une cible thérapeutique à investiguer dans ces pathologies également.

Deroyer C, Poulet C, Paulissen G, Ciregia F, Malaise O, Plener Z, Cobraiville G, Daniel C, Gillet P, Malaise M, De Seny D. CEMIP (KIAA1199) regulates inflammation, hyperplasia and fibrosis in osteoarthritis synovial membrane. Cellular and Molecular Life Sciences, 79(5), 260.

 <https://hdl.handle.net/2268/291440>

Soins intensifs

La ventilation mécanique est la suppléance vitale qui caractérise le mieux l'activité de soins intensifs. Elle est responsable d'infections pulmonaires en rapport avec l'écoulement des sécrétions pharyngées autour de la sonde d'intubation endotrachéale. Des sondes d'intubation qui permettent d'aspirer ces sécrétions de façon continue par l'intermédiaire d'un canal supplémentaire au niveau sous-glottique ont démontré une réduction des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). L'étude VITAL, prospective, randomisée et multicentrique, a testé l'effet du surfaçage de ces sondes d'intubation avec des métaux "nobles", ayant une activité antiseptique démontrée. Les résultats, qui devront être confirmés par d'autres équipes, montrent que le délai de survenue des PAVM a été retardé de façon significative chez les patients traités avec des sondes enrobées de métaux "nobles".

Damas P, Legrain C, Lambermont B, Dardenne N, Guntz J, Kisoka G, Demaret P, Rousseau A-F, Jadot L, Piret S, Noirod D, Bertrand A, Donneau A-F & Misset B. Prevention of ventilator-associated pneumonia by noble metal coating of endotracheal tubes: a multi-center, randomized, double-blind study. Annals of Intensive Care, 12(1):1.

 <https://hdl.handle.net/2268/268130>

Toxicologie clinique

La popularité croissante du cannabis allégé, riche en cannabidiol (CBD) constitue une excuse de choix pour les contrevenants cherchant à justifier un test de dépistage positif en cannabis, dans un contexte de roulage ou sur le lieu de travail notamment. A partir d'un échantillon urinaire, les techniques chromatographiques permettent de faire la distinction entre une consommation de CBD (légal) et une consommation de cannabis drogue, riche en THC (illégal). Cette étude a pu montrer que la présence de CBD dans l'urine n'est pas toujours une preuve de consommation de cannabis allégé, mais peut aussi signifier une consommation de cannabis drogue, surtout chez les consommateurs de résine, plus riche en CBD comparativement aux fleurs.

Deville M & Charlier C. Cannabidiol in urine is not a proof of CBD consumption-lesson learned from urine sample analysis in routine caseworks. Forensic Toxicology, 12/2022. Online ahead of print.

 <https://hdl.handle.net/2268/297191>

Urgences

Les débriefings cliniques représentent une opportunité précieuse pour les équipes de réfléchir aux succès et aux difficultés rencontrées durant leur pause. Leur efficacité dépend toutefois de leur intégration dans une stratégie globale. Utilisant une approche qualitative, cette étude a développé le framework "Debriefing and Organizational Lessons Learned" (DOLL) pour catégoriser le contenu des débriefings, évaluer leur utilité et favoriser leur exploitation. Le soutien des leaders et les actions subséquentes ont encouragé les équipes à participer davantage aux débriefings et ont favorisé une démarche d'apprentissage organisationnel. De plus, le DOLL s'est avéré être un outil managérial performant pour les leaders. Les perspectives de recherche visent à explorer l'application du DOLL dans un contexte plus routinier ainsi que l'intégration aux processus de gestion des risques de l'unité. Paquay M, Dubois N, Diep A N, Graas G, Sassel T, Piazza J, Servotte J-C & Ghuysen A. *Debriefing and organizational lessons learned (DOLL): A qualitative study to develop a classification framework for reporting clinical debriefing results. Frontiers in Medicine, 9, 882326.*

 <https://hdl.handle.net/2268/292683>

Service des Informations Médico-Economiques

Les cas asymptomatiques et paucisymptomatiques contribuent à sous-estimer la prévalence des infections au SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). De plus, peu d'informations relatives à l'évolution longitudinale des anticorps anti-SARS-CoV-2 après infection naturelle étaient disponibles lors de la première phase de la pandémie. Cette étude a mesuré les taux d'anticorps IgG, IgM et IgA chez les travailleurs du CHU de Liège, hôpital académique tertiaire. L'évolution du taux d'IgM et d'IgG après 6 semaines ainsi que la persistance des IgG après 3 et 10 mois ont également été mesurées. Lors de la première évaluation, réalisée du 6 avril au 5 mai 2020, 409/3776 (10,8%) participants avaient une sérologie SARS-CoV-2 positive. Parmi les participants initialement séropositifs ayant complété les phases 2 & 3, les IgM étaient encore détectées après 6 semaines chez 53% tandis que les IgG persistaient à 12 semaines chez 82%. Les taux d'IgG étaient plus élevés et augmentaient avec le temps chez les personnes symptomatiques mais étaient plus faibles et stables chez les participants asymptomatiques. Après 10 mois, 88,5% des participants avaient des taux d'IgG maintenus. Huynen P, Grégoire C, Gofflot S, Seidel L, Maes N, Vranken L, Delcour S, Moutschen M, Hayette M-P, Kolh P, Melin P & Beguin Y. Long-term longitudinal evaluation of the prevalence of SARS-CoV-2 antibodies in healthcare and university workers. *Scientific Reports*, 12, 5156.

 <https://hdl.handle.net/2268/290559>

Alors que les groupes de patients à risque d'infections graves au COVID-19 étaient désormais bien identifiés, les facteurs de risque associés à la transmission du SARS-CoV-2 et l'immunisation étaient encore mal connus. Dans une cohorte de membres du personnel du CHU de Liège testés pour les anticorps SARS-CoV-2 au cours de la phase précoce de la pandémie et suivis après 6 semaines, 3 mois et 10 mois, des données personnelles, professionnelles et médicales ainsi que des symptômes spécifiques ont été collectés. Sur la base de ces différents éléments, un score COVID-19 a été construit. La séroprévalence était plus élevée parmi les participants en contact avec des patients ou avec des personnes confirmées COVID-19 ou, dans une moindre mesure, parmi ceux qui manipulaient des échantillons respiratoires ou qui signalaient une immunodéficience ou une hémopathie maligne antérieure ou active, et était corrélée à plusieurs symptômes. En analyse multivariée, les variables associées à la séropositivité étaient un contact avec des patients COVID-19, une immunodéficience, une hémopathie maligne antérieure ou active, une anosmie, une toux, des symptômes nasaux, une myalgie et une fièvre. A 10 mois, les participants en contact avec les patients et ceux avec des scores COVID-19 initiaux plus élevés étaient plus susceptibles d'avoir des anticorps maintenus, tandis que ceux avec des tumeurs solides ou sous médicaments chroniques étaient plus à risque de devenir séronégatifs.

Grégoire C, Huynen P, Gofflot S, Seidel L, Maes N, Vranken L, Delcour S, Moutschen M, Hayette M-P, Kolh P, Melin P & Beguin Y. Predictive factors for the presence and long-term persistence of SARS-CoV-2 antibodies in healthcare and university workers. *Scientific Reports*, 12, 9790.

 <https://hdl.handle.net/2268/292195>







Comptes annuels 2022

Comptes annuels 2022



Analyse 2022

Le résultat de 2022 s'élève à -6.387.292 €. Cette perte est la conséquence directe de l'augmentation des charges d'énergie et des indexations salariales successives, qui n'ont été que partiellement financées par le prix de journée.

L'augmentation du chiffre d'affaires de 33,3 millions d'€ (+ 5,15%) est significative. La situation financière de l'institution reste solide, avec de bons indicateurs de liquidité et de solvabilité.

Le volume d'investissement reste soutenu, avec de nouveaux investissements à hauteur de 85 millions d'€, dont 64% d'achats et de rénovation d'immeubles et 28% d'équipement médical.

Etats financiers au 31 décembre 2022 - comparatif 2022/2021 (en milliers d'euros)

ACTIF	Codes	2022	2021	ECART
ACTIFS IMMOBILISES	20/28	440.331,32	355.229,99	85.101,33
I. Frais d'établissement	20	22,37	40,87	-18,50
II. Immobilisations incorporelles	21	322,57	139,95	182,62
III. Immobilisations corporelles	22/27	425.702,16	342.870,48	82.831,67
A. Terrains et constructions	22	301.399,62	173.861,49	127.538,13
B. Matériel d'équipement médical	23	50.471,15	37.639,53	12.831,62
C. Matériel d'équipement non médical et mobilier	24	22.745,48	22.153,83	591,64
D. Immobilisations en location financement	25	119,56	149,46	-29,89
E. Autres immobilisations corporelles	26	131,92	104,96	26,97
F. Immobilisations corporelles en cours et acomptes versés	27	50.834,42	108.961,22	-58.126,81
IV. Immobilisations financières	28	14.284,22	12.178,68	2.105,54
ACTIFS CIRCULANTS	29/58	384.825,59	385.567,25	-741,66
V. Créances à plus d'un an	29	5.682,51	5.846,15	-163,65
A. Créances pour prestations	290	-	-	-
B. Autres créances	291	5.682,51	5.846,15	-163,65
VI. Stocks et commandes en cours d'exécution	3	15.034,26	14.452,46	581,80
A. Approvisionnements	31	15.034,26	14.452,46	581,80
B. Acomptes versés sur achats pour stocks	36	-	-	-
C. Commandes en cours d'exécution	37	-	-	-
VII. Créances à un an et plus	40/41	261.382,42	237.749,36	23.633,06
A. Créances pour prestations	40	230.699,40	206.428,00	24.271,40
1. Patients	400	26.011,71	31.710,68	-5.698,98
2. Organismes assureurs	402	121.012,80	109.784,82	11.227,98
3. Montants de rattrapage	403	20.683,64	19.629,84	1.053,80
4. Produits à recevoir	404	84.919,41	70.111,60	14.807,81
5. Autres créances	406/409	-21.928,15	-24.808,94	2.880,78
B. Autres créances	41	30.683,02	31.321,36	-638,34
1. Médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux	415	-	-	-
2. Autres	41x	30.683,02	31.321,36	-638,34
VIII. Placements de trésorerie	51/53	58.388,88	51.383,80	7.005,09
IX. Valeurs disponibles	54/58	30.824,31	69.091,24	-38.266,93
X. Comptes de régularisation	490/1	13.513,21	7.044,24	6.468,96
Total de l'Actif	20/58	825.156,90	740.797,24	84.359,67

PASSIF	Codes	2022	2021	ECART
CAPITAUX PROPRES	10/15-18	333.516,43	344.054,55	-10.538,11
I. Dotations apports et dons en capital	10	49.531,89	46.965,89	2.566,00
II. Plus-values et réévaluation	12	-	-	-
III. Réserves	13	274.973,40	288.009,93	-13.036,53
A. Réserve légale	130	-	-	-
B. Réserves indisponibles	131	-	-	-
C. Réserves disponibles	133	274.973,40	288.009,93	-13.036,53
IV. Résultat reporté	14	-	-	-
V. Subsidés d'investissement	15	9.011,15	9.078,73	-67,58
VI. Primes de fermeture	18	-	-	-
VII. Provisions pour risques et charges	16	83.067,44	83.241,17	-173,73
1. Provisions pour pensions et obligations similaires	160	65.261,57	60.892,38	4.369,18
2. Provisions pour gros travaux d'entretien	162	-	-	-
3. Provisions pour arriérés de rémunérations	163	-	-	-
4. Provisions pour autres risques et charges	164/169	17.805,88	22.348,79	-4.542,91
DETTES	17/49	408.573,03	313.501,51	95.071,51
VIII. Dettes à plus d'un an	17	179.420,75	90.856,68	88.564,08
A. Dettes financières	170/4	107.534,67	43.966,47	63.568,20
1. Emprunts subordonnés	170	-	-	-
2. Emprunts obligataires non subordonnés	171	-	-	-
3. Dettes location financement et assimilées	172	-	-	-
4. Etablissements de crédit	173	107.534,67	43.966,47	63.568,20
5. Autres emprunts	174	-	-	-
B. Dettes relatives aux achats de biens et services	175	-	-	-
C. Avances SPF Santé publique	177	3.544,14	3.544,14	-
D. Cautionnements reçus en numéraire	178	-	-	-
E. Dettes diverses	179	68.341,94	43.346,07	24.995,87

PASSIF	Codes	2022	2021	ECART
IX. Dettes à un an au plus	42/48	218.132,13	205.784,83	12.347,31
A. Dettes à + d'1 an échéant dans l'année	42	22.168,14	2.862,15	19.305,98
B. Dettes financières	43	-	-	-
1. Etablissements de crédit	430/4	-	-	-
2. Autres emprunts	435/9	-	-	-
C. Dettes courantes	44	79.683,44	83.998,42	-4.314,98
1. Fournisseurs	440/4	61.913,80	67.916,77	-6.002,97
2. Médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux	445	17.769,63	16.081,65	1.687,98
3. Dettes courantes diverses	449	-	-	-
D. Acomptes reçus	46	103,38	137,71	-34,34
E. Dettes fiscales, salariales et sociales	45	75.175,99	77.924,78	-2.748,79
1. Impôts	450/3	11.724,85	16.157,91	-4.433,06
2. Rémunérations et charges sociales	454/9	63.451,14	61.766,86	1.684,27
F. Autres dettes	47/48	41.001,20	40.861,77	139,43
1. Dettes découlant de l'affectation du résultat	47	-	-	-
2. Dépôts patients reçus en numéraire	481	-	-	-
3. Cautionnement	488	94,35	112,45	-18,10
4. Autres dettes diverses	489	40.906,85	40.749,32	157,53
X. Comptes de régularisation	492/3	11.020,14	16.860,01	-5.839,87
Total du Passif	10/49	825.156,90	740.797,24	84.359,67

Compte de résultats au 31 décembre 2022 - comparatif 2022/2021 (en milliers d'euros)

	Codes	2022	2021	ECART
I. Produits d'exploitation	70/74	757.195,85	746.195,66	11.000,19
A. Chiffre d'affaires	70	680.543,80	647.269,56	33.274,25
1. Prix de la journée d'hospitalisation	700	226.984,96	208.306,87	18.678,09
2. Rattrapage estimé de l'exercice en cours	701	4.756,99	7.508,52	-2.751,53
3. Suppléments de chambre	702	1.450,10	1.442,76	7,34
4. Forfaits conventions I.N.A.M.I	703	33.337,99	30.707,96	2.630,03
5. Produits accessoires	704	1.929,71	2.369,14	-439,42
6. Produits pharmaceutiques et assimilés	705	140.861,57	129.909,58	10.951,99
7. Financement de l'entité fédérée - Prix d'hébergement	706	8.198,64	8.236,83	-38,20
8. Honoraires	708/709	263.023,84	258.787,90	4.235,94
B. Production immobilisée	72	-	-	-
C. Cotisations, dons et legs	73	458,70	373,25	85,46
D. Autres produits d'exploitation	74	76.193,34	98.552,86	-22.359,52
1. Subsidés d'exploitation	740	-	-	-
2. Autres	742/9	76.193,34	98.552,86	-22.359,52
II. Coût des produits d'exploitation (-)	60/64	765.041,25	742.514,82	22.526,43
A. Approvisionnements et fournitures	60	198.585,54	185.436,80	13.148,74
1. Achats	600/8	199.177,16	186.579,24	12.597,92
2. Variation des stocks (augmentation +, réduction -)	609	-591,62	-1.142,45	550,83
B. Services et fournitures accessoires	61	121.886,02	126.079,07	-4.193,05
1. Autres services et fournitures accessoires	610/616	72.647,57	78.271,43	-5.623,86
2. Personnel intérimaire et personnel mis à disposition de l'hôpital	617	8.449,61	6.678,19	1.771,41
3. Rémunérations, primes pour assurances extra-légales, pensions de retraite et de survie des administrateurs, gérants, associés actifs et dirigeants d'entreprise qui ne sont pas attribuées en vertu d'un contrat de travail	618	-	-	-
4. Rétributions des médecins, dentistes, personnel soignant et paramédical	619	40.788,84	41.129,45	-340,61

	Codes	2022	2021	ECART
C. Rémunérations, charges sociales et pensions	62	414.652,93	377.359,75	37.293,18
1. Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel médical	620 0	94.470,08	89.434,40	5.035,68
2. Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel autre	620 x	224.699,59	207.643,22	17.056,37
3. Cotisations patronales d'assurances sociales du personnel médical	621 0	19.496,26	18.355,82	1.140,44
4. Cotisations patronales d'assurances sociales du personnel autre	621 x	64.817,45	56.947,61	7.869,84
5. Primes patronales pour assurances extralégales du personnel médical	622 0	-	-	-
6. Primes patronales pour assurances extralégales du personnel autre	622 x	75,79	-	75,79
7. Autres frais de personnel du personnel médical	623 0	944,19	883,99	60,20
8. Autres frais de personnel du personnel autre	623 x	3.648,13	4.378,02	-729,89
9. Pensions de retraite et de survie du personnel médical	624 0	75,01	65,64	9,37
10. Pensions de retraite et de survie du personnel autre	624 x	-	-	-
11. Provisions salariales du personnel médical	625 0	34.394,75	28.167,65	6.227,10
12. Provisions salariales du personnel autre	625 x	-27.968,33	-28.516,60	548,26
D. Amortissements et réductions de valeur sur frais d'établissement, sur immobilisations incorporelles et corporelles	630	29.819,33	38.358,13	-8.538,80
E. Autres réductions de valeur	631/4	-2.302,37	1.032,78	-3.335,15
F. 1. Provisions pour pensions et obligations similaires	635	-75,01	-72,69	-2,32
2. Provisions pour grosses réparations, gros entretiens et autres risques	636/637	-98,72	5.314,90	-5.413,62
G. Autres charges d'exploitation	64	2.573,53	9.006,08	-6.432,55
1. Impôts et taxes relatives à l'exploitation	640	155,32	169,88	-14,56
2. Autres charges d'exploitation	642/8	2.418,21	8.836,20	-6.417,98
3. Charges d'exploitation portées à l'actif au titre de frais de restructuration	649	-	-	-
III. Bénéfice d'exploitation (+)	70/64	-	3.680,84	-3.680,84
Perte d'exploitation (-)	64/70	-7.845,40	-	-7.845,40

	Codes	2022	2021	ECART
IV. Produits financiers	75	1.263,94	3.230,45	-1.966,51
A. Produits des immobilisations financières	750	-	-	-
B. 1. Produits des actifs circulants	751	153,44	189,37	-35,92
2. Plus-values sur réalisation d'actifs circulants	752		1.977,00	-1.977,00
C. Subsidés en capital et intérêts	753	771,60	762,48	9,12
D. Autres produits financiers	754/759	338,90	301,61	37,29
V. Charges financières (-)	65	1.989,84	3.148,60	-1.158,76
A. Charges des emprunts d'investissement	650	1.620,35	2.028,63	-408,28
B. 1. Dotations aux réductions de valeurs sur actifs circulants	6510	-	-	-
2. Reprises de réductions de valeurs sur actifs circulants	6511	-	-	-
C. Moins-values sur réalisation d'actifs circulants	652		195,46	-195,46
D. Différences de change, écarts de conversion des devises	654/5	0,03	25,54	-25,51
E. Charges des crédits à court terme	656			
F. Autres charges financières	657/9	369,46	898,97	-529,51
VI. Bénéfice courant (+)	70/65		3.762,69	-3.762,69
Perte courante (-)	65/70	-8.571,30		-8.571,30
VII. Produits exceptionnels	76	8.297,92	8.561,31	-263,38
A. Reprises d'amortissements et de réductions de valeur sur immobilisations incorporelles et corporelles	760	-	-	-
B. Reprises de réductions de valeur sur immobilisations financières	761	-	173,70	-173,70
C. Reprises de provisions pour risques et charges exceptionnels	762	-	-	-
D. Plus-values sur réalisation d'actifs immobilisés	763	818,15		818,15
E. Autres produits exceptionnels	764/8	123,78	236,89	-113,10
F. Produits afférents aux exercices antérieurs	769	7.356,00	8.150,73	-794,73

	Codes	2022	2021	ECART
VIII. Charges exceptionnelles (-)	66	6.113,92	1.286,81	4.827,11
A. Amortissements et réductions de valeur exceptionnels sur frais d'établissement, sur immobilisations incorporelles et corporelles	660	0,00		0,00
B. Réductions de valeur sur immobilisations financières	661			
C. Provisions pour risques et charges exceptionnels	662			
D. Moins-values sur réalisation d'actifs immobilisés	663	17,41		17,41
E. Autres produits exceptionnels	664/8	2.287,58	118,16	2.169,42
F. Charges afférentes aux exercices antérieurs	669	3.808,94	1.168,65	2.640,29
IX. Bénéfice de l'exercice (+)	70/66		11.037,20	-11.037,20
Perte de l'exercice (-)	66/70	-6.387,29		-6.387,29

Compte de résultats au 31 décembre 2022 - comparatif 2022/2021 (en milliers d'euros)

Affectations et prélèvements

	Codes	2022	2021
A. Bénéfice à affecter (+)	70/69	-	11.037,20
Perte à affecter (-)	69/70	-6.387,29	
1. Bénéfice de l'exercice à affecter (+)	70/66	-	11.037,20
Perte de l'exercice à affecter (-)	66/70	-6.387,29	-
2. Bénéfice reporté de l'exercice précédent (+)	790	-	-
Perte reportée de l'exercice précédent (-)	690	-	-
B. Prélèvements sur les capitaux propres	791/2	-	-
1. sur dotations, apports et dons en capital	791	-	-
2. sur les réserves	792	-	-
C. Dotations aux réserves	691/2	-6.387,29	11.037,20
D. Résultat à reporter			
1. Bénéfice à reporter	693	-	-
2. Perte à reporter	793	-	-
E. Interventions de tiers dans la perte	794	-	-

Annexes au bilan arrêté au 31 décembre 2022

1. État des frais d'établissement et des immobilisations incorporelles et financières (rubriques 20, 21 et 28 de l'actif) (en milliers d'euros)

	Codes	Frais d'établissement (Rubrique 20)	Immobilisations incorporelles (Rubrique 21)	Immobilisations financières (Rubrique 28)
A) VALEUR D'ACQUISITION				
Au terme de l'exercice précédent		406,82	1.444,67	12.178,69
Mutations de l'exercice (+)		0,00	251,10	2.105,53
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	0,00
Au terme de l'exercice		406,82	1.695,77	14.284,22
B) PLUS-VALUES				
Au terme de l'exercice précédent		-	-	-
Mutations de l'exercice (+)		-	-	-
Mutations de l'exercice (-)		-	-	-
Au terme de l'exercice		0,00	0,00	0,00
C) AMORTISSEMENTS ET RED.VALEURS				
Au terme de l'exercice précédent (-)		365,95	1.304,73	0,00
Mutations de l'exercice (+)		18,50	68,47	0,00
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	0,00
Au terme de l'exercice		384,45	1.373,20	0,00
Valeur comptable nette au terme de l'exercice (A) + (B) - (C)		22,37	322,57	14.284,22

2. État des immobilisations corporelles (rubriques 22 à 27 de l'actif) - année 2022 (en milliers d'euros)

	Codes	Terrains et constructions (Rubrique 22)	Matériel d'équip. médical (Rubrique 23)	Mater. d'équip. n/med et mobil. (Rubrique 24)	Locat. financ. & corporelles (Rubrique 25)	Autres immob. corporelles (Rubrique 26)	Immob. encours & acceptés (Rubrique 27)
A) VALEUR D'ACQUISITION							
Au terme de l'exercice précédent	11	264.916,17	118.633,15	59.112,54	298,91	104,96	128.151,64
Mutations de l'exercice (+)	12	154.050,61	24.040,05	6.640,19	0,00	26,96	23.611,66
Mutations de l'exercice (-)	13	2.673,46	141,34	12.194,53	0,00	0,00	94.480,98
Au terme de l'exercice	19	416.293,32	142.531,86	53.558,20	298,91	131,92	57.282,32
B) PLUS-VALUES							
Au terme de l'exercice précédent	21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (+)	22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (-)	23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Au terme de l'exercice	29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C) AMORTISSEMENTS ET RED.VALEURS							
Au terme de l'exercice précédent (-)	31	91.054,68	80.993,62	36.958,71	149,46	0,00	19.190,42
Mutations de l'exercice (+)	32	25.274,62	11.151,89	6.018,46	29,89	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (-)	33	1.435,60	84,81	12.164,45	0,00	0,00	12.742,51
Au terme de l'exercice	39	114.893,70	92.060,70	30.812,72	179,35	0,00	6.447,91
Valeur comptable nette au terme de l'exercice (A) + (B) - (C)	90	301.399,62	50.471,15	22.745,48	119,57	131,92	50.834,42
Dont terrains et constructions	252				0,00		
Matériel d'équipement médical	253				0,00		
Matériel n/médical et mobilier	254				119,57		

3. Dettes garanties (en milliers d'euros)

	Codes	Dettes (ou parties des dettes) garanties par :		
		1. Les pouvoirs publics belges	2. Des sûretés réelles constituées sur les actifs de l'entreprise	3. Des tiers
III. Dettes garanties (comprises dans les rubriques 17 et 42/48 du passif)				
Dettes financières				
1. Établissements de crédit, dettes location financement et assimilés	17/42	0,00	70.411,33	0,00
2. Autres emprunts		0,00	0,00	0,00
3. Autres dettes		0,00	0,00	0,00
Total		0,00	70.411,33	0,00

	Codes	Exercice
IV. Dettes fiscales, salariales et sociales		
1. Impôts (rubrique 450/3 du passif)		
a) dettes fiscales échues		
b) dettes fiscales non échues	450/3	11.724,85
2. Rémunérations et charges sociales (rubrique 454/9 du passif)		
a) dettes ONSS échues		
b) dettes ONSS non échues	454	14.142,65
3. Autres dettes salariales et sociales	455/9	49.308,49

	Codes	Exercice
V. Personnel et frais de personnel en milliers d'euros sauf 1		
1. Effectif moyen du personnel (équivalent temps plein)		
		5384,92
2. Frais du personnel (rubriques 62 + 6692)		
a) Rémunérations et avantages sociaux directs	620	319.169,68
b) Cotisations patronales d'assurances sociales	621	84.313,71
c) Autres frais de personnel	622/3	4.668,12
d) Pensions	624	75,01

4. Bilan social (en milliers d'euros)

CS1				1	EUR	
NAT.	Date de la réception par la BNB	N°232.988.060	Page	U	D	CS1/1.

BILAN SOCIAL établi selon le MODELE COMPLET MENTION DES MONTANTS EN UNITES D'EUROS

Dénomination: CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Forme juridique : ETABLISSEMENT PUBLIC

Adresse : DOMAINE DU SART TILMAN N° : 35..... Bte :

Code postal : 4000..... Commune : LIEGE.....

Numéro d'entreprise¹ : 232.988.060

Description de l'activité principale de l'entreprise : Centre hospitalier

Bilan social relatif à l'exercice comptable qui couvre la période du 01 / 01 / 2022 au 31 / 12 / 2022

Responsable de l'entreprise à contacter

Nom : MADAME L. MARRA
Téléphone : 04/323.70.21 Téléfax : /
Adresse e-mail : laurence.marra@chuliege.be

Signature pour l'entreprise :



¹ Ou numéro d'inscription auprès de la Centrale des Bilans. Ce numéro doit être repris dans le coin supérieur gauche de chaque page dans la case réservée à cet effet.

N°	232.988.060	CS1/2.
----	-------------	--------

BILAN SOCIAL

Numéros des commissions paritaires dont dépend l'entreprise:

ETAT DES PERSONNES OCCUPEES

TRAVAILLEURS POUR LESQUELS L'ENTREPRISE A INTRODUIT UNE DECLARATION DIMONA OU QUI SONT INSCRITS AU REGISTRE GENERAL DU PERSONNEL

Au cours de l'exercice	Codes	Total	1. Hommes	2. Femmes
Nombre moyen de travailleurs				
Temps plein	1001	2.929,50	1.039,67	1.889,83
Temps partiel	1002	3.390,00	547,00	2.843,00
Total en équivalents temps plein (ETP)	1003	5.280,15	1.443,29	3.836,86
Nombre d'heures effectivement prestées				
Temps plein	1011	5.104.337,07	1.793.228,07	3.311.109,00
Temps partiel	1012	4.174.796,62	722.007,31	3.452.789,31
Total	1013	9.279.133,69	2.515.235,38	6.763.898,31
Frais de personnel				
Temps plein	1021	232.705.383,61	93.014.517,58	139.690.866,03
Temps partiel	1022	179.682.048,61	33.926.008,23	145.756.040,38
Total	1023	412.387.432,22	126.940.525,81	285.446.906,41
Montant des avantages accordés en sus du salaire	1033	-	-	-

Au cours de l'exercice précédent	Codes	P. Total	1P. Hommes	2P. Femmes
Nombre moyen de travailleurs en ETP	1003	5.244,18	1.423,99	3.820,19
Nombre d'heures effectivement prestées	1013	9.090.670,45	2.416.270,90	6.674.399,55
Frais de personnel	1023	369.989.625,62	114.757.889,11	255.231.736,51
Montant des avantages accordés en sus du salaire	1033	-	-	-

N° 232.988.060

CS1/3

TRAVAILLEURS POUR LESQUELS L'ENTREPRISE A INTRODUIT UNE DECLARATION DIMONA OU QUI SONT INSCRITS AU REGISTRE GENERAL DU PERSONNEL (suite)

	Codes	1. Temps plein	2. Temps partiel	3. Total en équivalents temps plein
A la date de clôture de l'exercice				
Nombre de travailleurs	105	3.038,00	3.390,00	5.384,92
Par type de contrat de travail				
Contrat à durée indéterminée	110	2.249,00	2.876,00	4.276,36
Contrat à durée déterminée	111	661,00	253,00	811,69
Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini	112	7,00	1,00	7,20
Contrat de remplacement	113	121,00	260,00	289,67
Par sexe et niveau d'études				
Hommes	120	1.065,00	557,00	1.469,72
de niveau primaire	1200	91,00	106,00	169,93
de niveau secondaire	1201	200,00	141,00	309,08
de niveau supérieur non universitaire	1202	289,00	192,00	440,95
de niveau universitaire	1203	485,00	118,00	549,76
Femmes	121	1.973,00	2.833,00	3.915,20
de niveau primaire	1210	110,00	669,00	537,70
de niveau secondaire	1211	271,00	570,00	671,77
de niveau supérieur non universitaire	1212	920,00	1164,00	1.753,62
de niveau universitaire	1213	672,00	430,00	952,10
Par catégorie professionnelle				
Personnel de direction	130	901,00	250,00	1.042,49
Employés	134	2.068,00	2.498,00	3.860,57
Ouvriers	132	69,00	642,00	481,86
Autres	133	0,00	0,00	0,00

PERSONNEL INTERIMAIRE ET PERSONNES MISES A LA DISPOSITION DE L'ENTREPRISE

	Codes	1. Personnel intérimaire	2. Personnes mises à la disposition de l'entreprise
Au cours de l'exercice			
Nombre moyen de personnes occupées	150	92,45	14,36
Nombre d'heures effectivement prestées	151	182.681,20	28.375,36
Frais pour l'entreprise	152	6.943.895,50	1.486.374,80

N°	232.988.060	CS1/4.
----	-------------	--------

TABLEAU DES MOUVEMENTS DU PERSONNEL AU COURS DE L'EXERCICE

ENTREES				
	Codes	1. Temps plein	2. Temps partiel	3. Total en équivalents temps plein
Nombre de travailleurs pour lesquels l'entreprise a introduit une déclaration DIMONA ou qui ont été inscrits au registre général du personnel au cours de l'exercice ...	205	553,00	374,00	772,24
Par type de contrat de travail				
Contrat à durée indéterminée	210	115,00	39,00	138,27
Contrat à durée déterminée	211	382,00	137,00	455,45
Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini	212	2,00	0,00	2,00
Contrat de remplacement	213	54,00	198,00	176,51

SORTIES				
	Codes	1. Temps plein	2. Temps partiel	3. Total en équivalents temps plein
Nombre de travailleurs dont la date de fin de contrat a été inscrite dans une déclaration DIMONA ou au registre général du personnel au cours de l'exercice	305	500,00	326,00	698,96
Par type de contrat de travail				
Contrat à durée indéterminée	310	184,00	123,00	268,00
Contrat à durée déterminée	311	280,00	90,00	323,53
Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini	312	1,00	0,00	1,00
Contrat de remplacement	313	35,00	113,00	106,43
Par motif de fin de contrat				
Pension	340	34,00	53,00	72,22
Chômage avec complément d'entreprise	341	0,00	0,00	0,00
Licenciement	342	12,00	7,00	16,81
Autre motif	343	454,00	266,00	609,94
Dont: le nombre de personnes qui continuent, au moins à mi-temps, à prester des services au profit de l'entreprise comme indépendants	350	0,00	0,00	0,00

N°	232.988.060	CS1/5.
----	-------------	--------

RENSEIGNEMENTS SUR LES FORMATIONS POUR LES TRAVAILLEURS AU COURS DE L'EXERCICE

	Codes	Hommes	Codes	Femmes
Initiatives en matière de formation professionnelle continue à caractère formel à charge de l'employeur				
Nombre de travailleurs concernés	5801	709	5811	2.314
Nombre d'heures de formation suivies	5802	9.964,60	5812	27.818,90
Coût net pour l'entreprise	5803	374.146,61	5813	1.044.532,34
dont coût brut directement lié aux formations	58031	374.146,61	58131	1.044.532,34
dont cotisations payées et versements à des fonds collectifs	58032	.....	58132	.....
dont subventions et autres avantages financiers reçus (à déduire)	58033	.....	58133	.....
Initiatives en matière de formation professionnelle continue à caractère moins formel ou informel à charge de l'employeur				
Nombre de travailleurs concernés	5821	.....	5831	.....
Nombre d'heures de formation suivies	5822	.....	5832	.....
Coût net pour l'entreprise	5823	.....	5833	.....
Initiatives en matière de formation professionnelle initiale à charge de l'employeur				
Nombre de travailleurs concernés	5841	.....	5851	.....
Nombre d'heures de formation suivies	5842	.....	5852	.....
Coût net pour l'entreprise	5843	.....	5853	.....

5. Écritures hors bilan

Fonds de pension

A fin 2022, sur la base du rapport Ethias relatif au fonds de pension, voici l'état actuel* du fond de pension du CHU pour le personnel statutaire :

- les engagements envers les pensionnés: 375,5
- les engagements envers les actifs: 368,5
- 744,0

- les réserves du fonds de pension: 320,1

Au terme de l'exercice 2022, les comptes du CHU indiquent une provision cumulée de 65,3 millions d'€ dont une dotation de 4,4 millions d'€ (2% du 60 et du 61 selon les règles d'évaluation du CHU) à charge du compte de résultat 2022.

Cela amène un solde d'écart entre les réserves, les provisions et les engagements de :

total engagements:	744,0
- réserve fonds de pension:	320,1
- provision cumulée CHU:	65,3
	358,6

Pour rappel, la Loi comptable du 17 juillet 1975 n'étant que "partiellement et indirectement" applicable aux hôpitaux publics, la FSMA assimile en l'occurrence le CHU de Liège à une Administration publique qui n'est pas soumise à la Loi sur les Institutions de Retraite Professionnelle (LIRP du 27 octobre 2006).

90000	Engagements de pensions envers les pensionnés	375,5
91000	Créditeurs d'engagements de pensions envers les pensionnés	375,5
90002	Engagements de pensions envers les actifs	368,5
91003	Créditeurs d'engagements de pensions envers les actifs	368,5
90004	Débiteurs de réserves du fonds de pension "ETHIAS"	320,1
91005	Réserves du fonds de pension "ETHIAS"	320,1

Pièce justificative = Rapport financier ETHIAS 2022

* en millions d'€

6. Mentions spécifiques relatives au Budget des Moyens Financiers et à l'avance Covid

Rattrapages BMF

Les rattrapages estimés ont été évalués en tenant compte de toutes les parties révisables du budget des moyens financiers provisionnel octroyé.

Les montants de rattrapage sont estimés, à la clôture de chaque exercice, sur la base des dispositions réglementaires légales et des mesures de financement connues.

Il existe néanmoins une marge d'interprétation inhérente au calcul de ce genre d'estimations et, en conséquence, ces calculs devront être corroborés par le document officiel du SPF Santé Publique qui sera adressé ultérieurement à l'Hôpital, à la suite de la révision définitive des années concernées.

Avance Covid-19

Une avance de 55.223.019,89 € relative à l'intervention exceptionnelle aux hôpitaux à la suite de l'épidémie de la Covid-19 a été octroyée par l'autorité fédérale en 2020. Cette avance est destinée à couvrir certaines dépenses et pertes de revenus occasionnés par la prise en charge des patients Covid.

Des décomptes provisoires ont été transmis par le SPF santé publique toutefois, le montant définitif ne sera connu que lors de l'établissement du décompte final en 2023.

Sur base des critères de l'arrêté royal du 30/10/2020, et des dernières informations publiées sur le site du SPF santé publique, les estimations réalisées en interne permettraient de justifier le montant des avances.

Le solde estimé à restituer à l'autorité fédérale au 31/12/2022 est de 6.754.121,40 € après avoir estimé comme acquis les montants de 32.785.542,77 € au 31/12/2020 et de 15.683.355,72 € au 31/12/2021. Les montants estimés acquis ont été enregistrés en BMF.

Rapport du réviseur

Rapport du réviseur d'entreprises au conseil d'administration du Centre Hospitalier Universitaire de Liège pour l'exercice clos le 31 décembre 2022

Conformément aux dispositions légales et statutaires, nous vous faisons rapport sur le contrôle des comptes du Centre Hospitalier Universitaire de Liège ("CHU de Liège"). Ce rapport inclut notre opinion sur le bilan au 31 décembre 2022, le compte de résultats de l'exercice clos le 31 décembre 2022 et les annexes formant ensemble les "Comptes Annuels" ainsi que notre rapport sur d'autres obligations légales et réglementaires. Ces rapports constituent un ensemble et sont inséparables.

Nous avons été nommés en tant que Réviseur d'Entreprises par une décision d'attribution du marché public portant sur la désignation d'un Réviseur d'Entreprises, membre de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises, pour une période de trois ans portant sur les exercices comptables 2022 à 2024 par la Responsable du Service des Marchés Publics du CHU de Liège en vertu d'une délégation de signature de la part du conseil d'administration.

Notre mandat de Réviseur d'Entreprises vient à échéance à la date du conseil d'administration statuant sur les comptes annuels de l'exercice clos au 31 décembre 2024. Nous avons exercé le contrôle légal des Comptes Annuels durant cet exercice.

Rapport sur l'audit des Comptes Annuels

Opinion sans réserve

Nous avons procédé au contrôle légal des Comptes Annuels de CHU de Liège, comprenant le bilan au 31 décembre 2022, ainsi que le compte de résultats pour l'exercice clos à cette date et l'annexe, dont le total du bilan d'élève à € 825.156.902 et dont le compte de résultats se solde par une perte de l'exercice de € 6.387.292.

A notre avis, les Comptes Annuels donnent une image fidèle du patrimoine et de la situation financière du CHU de Liège au 31 décembre 2022, ainsi que de ses résultats pour l'exercice clos à cette date, conformément au référentiel comptable applicable en Belgique.

Fondement de notre opinion sans réserve

Nous avons effectué notre audit selon les normes internationales d'audit (International Standards on Auditing - "ISA's") telles qu'applicables en Belgique. Par ailleurs, nous avons appliqué les

ISA's approuvées par l'International Auditing and Assurance Standards Board ("IAASB") et applicables à la date de clôture et non encore approuvées au niveau national. Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont plus amplement décrites dans la section "Nos responsabilités pour l'audit des Comptes Annuels" du présent rapport.

Nous nous sommes conformés à toutes les exigences éthiques qui sont pertinentes pour notre audit des Comptes Annuels en Belgique, y comprises celles relatives à l'indépendance.

Nous avons obtenu du conseil d'administration et des préposés de l'entité, les explications et informations requises pour notre audit.

Nous estimons que les éléments probants recueillis sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion.

Paragraphe d'observation - BMF

Sans remettre en cause l'opinion exprimée ci-dessus, nous attirons l'attention sur l'annexe 6 des Comptes Annuels qui décrit les incertitudes liées à la détermination des montants de rattrapage sur les budgets des moyens financiers qui constituent une des particularités du secteur hospitalier, et dont le solde net à récupérer (codes 403 de l'actif et 443 du passif) pour l'exercice et les exercices antérieurs, s'élève à un montant de M€ 13,2 dont une dette de M€ 7,5 qui porte sur des exercices non encore révisés. Les soldes à récupérer et à rétrocéder sont estimés, à la clôture de chaque exercice, sur la base des dispositions réglementaires légales et des mesures de financement connues. Il existe néanmoins une marge d'interprétation inhérente à ce genre d'estimations et en conséquence il ne nous est pas possible de nous prononcer sur leurs montants. Ces calculs devront être corroborés par le document officiel du SPF Santé Publique qui sera adressé ultérieurement à l'institution, à la suite de la révision définitive des années concernées.

Paragraphe d'observation - Avances fédérales Covid-19

Sans remettre en cause l'opinion exprimée ci-dessus, nous attirons également l'attention sur l'annexe 6 des Comptes Annuels, qui décrit la problématique de l'Arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie Covid-19, tel que modifié par l'Arrêté royal du 26 septembre 2021. L'annexe 6 des Comptes Annuels mentionne des incertitudes quant au montant définitif qui ne sera finalement connu qu'en 2023.

Responsabilités du conseil d'administration dans le cadre de l'établissement des Comptes Annuels

Le conseil d'administration est responsable de l'établissement des Comptes Annuels donnant une image fidèle conformément au référentiel comptable applicable aux hôpitaux en Belgique ainsi que du contrôle interne qu'il estime nécessaire à l'établissement de Comptes Annuels ne comportant pas d'anomalies significatives, que celles-ci proviennent de fraudes ou résultent d'erreurs.

Dans le cadre de l'établissement des Comptes Annuels, le conseil d'administration est chargé d'évaluer la capacité du CHU de Liège à poursuivre son exploitation, de fournir, le cas échéant, des informations relatives à la continuité d'exploitation, et d'appliquer le principe comptable de continuité d'exploitation, sauf si le conseil d'administration a l'intention de mettre le CHU de Liège en liquidation ou de cesser ses activités, ou s'il ne peut envisager une autre solution alternative réaliste.

Nos responsabilités pour l'audit des Comptes Annuels

Nos objectifs sont d'obtenir l'assurance raisonnable que les Comptes Annuels pris dans leur ensemble ne comportent pas d'anomalies significatives, que celles-ci proviennent de fraudes ou résultent d'erreurs et d'émettre un rapport du Réviseur d'Entreprises contenant notre opinion. L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, qui ne garantit toutefois pas qu'un audit effectué selon les ISA permettra de toujours détecter toute anomalie significative lorsqu'elle existe. Des anomalies peuvent provenir de fraudes ou résulter d'erreurs et sont considérées comme significatives lorsqu'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elles puissent, individuellement ou en cumulé, influencer les décisions économiques que les utilisateurs des Comptes Annuels prennent en se fondant sur ceux-ci.

Lors de l'exécution de notre contrôle, nous respectons le cadre légal, réglementaire et normatif qui s'applique à l'audit des Comptes Annuels en Belgique. L'étendue du contrôle légal des comptes ne comprend pas d'assurance quant à la viabilité future du CHU de Liège, ni quant à l'efficacité ou l'efficacé avec laquelle le conseil d'administration a mené ou mènera les affaires du CHU de Liège. Nos responsabilités relatives à l'application par le conseil d'administration du principe comptable de continuité d'exploitation sont décrites ci-après.

Dans le cadre d'un audit selon les normes ISA, nous exerçons notre jugement professionnel et nous faisons preuve d'esprit critique tout au long de l'audit. Nous effectuons également les procédures suivantes :

- L'identification et l'évaluation des risques que les Comptes Annuels comportent des anomalies significatives, que celles-ci proviennent de fraudes ou résultent d'erreurs, la définition et la mise en oeuvre de procédures d'audit en réponse à ces risques et le recueil d'éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre opinion. Le risque de non-détection d'une anomalie significative provenant d'une

fraude est plus élevée que celui d'une anomalie provenant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne ;

- La prise de connaissance suffisante du contrôle interne pertinent pour l'audit afin de définir des procédures d'audit appropriées en la circonstance, mais non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne du CHU de Liège ;
- L'appréciation du caractère approprié des règles d'évaluation retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par le conseil d'administration, de même que des informations fournies par ce dernier ;
- La conclusion sur le caractère approprié de l'application par le conseil d'administration du principe comptable de continuité d'exploitation et, selon les éléments probants recueillis, quant à l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des événements ou situations susceptibles de jeter un doute important sur la capacité du CHU de Liège à poursuivre son exploitation. Si nous concluons à l'existence d'une incertitude significative, nous sommes tenus d'attirer l'attention des lecteurs de notre rapport sur les informations fournies dans les Comptes Annuels au sujet de cette incertitude ou, si ces informations ne sont pas adéquates, d'exprimer une opinion modifiée. Nos conclusions s'appuient sur les éléments probants obtenus jusqu'à la date de notre rapport de réviseur.
- Evaluer la présentation d'ensemble, la structure et le contenu des Comptes Annuels, et évaluer si les Comptes Annuels reflètent les transactions et les événements sous-jacents d'une manière telle qu'ils en donnent une image fidèle.

Nous communiquons au conseil d'administration notamment l'étendue et le calendrier prévus des travaux d'audit ainsi que les constatations importantes découlant de notre audit, y compris toute faiblesse significative dans le contrôle interne.

Rapport sur d'autres obligations légales et réglementaires

Responsabilités du conseil d'administration

Le conseil d'administration est responsable du respect de l'Arrêté Royal n°542 portant l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'Hôpital Universitaire de Liège, tel que modifié pour la dernière fois par le Décret programme du 12 décembre 2018 de la Communauté Française, ainsi que des dispositions légales et réglementaires applicables à la tenue de la comptabilité des hôpitaux en Belgique et autres établissements de soins du 10 juillet 2008.

Responsabilités du Réviseur d'Entreprises

Dans le cadre de notre mandat et conformément à la norme Belge complémentaire aux ISA applicables en Belgique, notre responsabilité est de vérifier, dans tous les aspects significatifs, le respect de certaines obligations légales et réglementaires, ainsi que de faire rapport sur ces éléments.

Informations relatives à l'indépendance

Notre cabinet de révision et notre réseau n'ont pas effectué de missions incompatibles avec le contrôle légal des Comptes Annuels et notre cabinet de révision est resté indépendant vis-à-vis du CHU de Liège au cours de notre mandat.

Autres mentions

- Sans préjudice d'aspects formels d'importance mineure, la comptabilité est tenue conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables aux hôpitaux en Belgique.
- Nous n'avons pas connaissance d'autre opération conclue ou de décision prise en violation de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 qui devraient être mentionnées dans notre rapport.

Liège, le 28 juin 2023

EY Réviseurs d'Entreprises SRL
Le Réviseur d'Entreprises
Représentée par

Marie-Laure Moreau*
Partner

* Agissant au nom d'une SRL

Numéro séquentiel unique de la base de données de suivi de rapports EY



**Editeur responsable**

Marc De Paoli, Administrateur délégué du CHU de Liège, Avenue de l'Hôpital 1, 4000 Liège

Réalisation

Service Communication

Graphisme

Globule Bleu

Crédits photographiques

Miche Houet (Tilt Photographie),
Mickaël Marquet, Nicolas Orban,
Marc Trippaerts, Thomas Vanass,
Service Communication (CHU de Liège)



**Centre Hospitalier
Universitaire de Liège**
Avenue de l'Hôpital, 1
4000 Liège
04 323 00 00



www.chuliege.be