



Rapport d'activités

2014





**Avenue de l'hôpital, 1**

**4000 Liège**

**04 242 52 00 | [www.chuliege.be](http://www.chuliege.be)**

# SOMMAIRE

## Chapitre 1

2 AVANT-PROPOS

### PRÉSENTATION

3 QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

7 ORGANIGRAMME GÉNÉRAL

8 COMPOSITION DES ORGANES DE GESTION ET DE DIRECTION

## Chapitre 2

### LE PATIENT AU CENTRE

12 L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE (CIO-UNILAB) CHERCHE UN NOM !

14 CAP 2020, LE PLAN STRATÉGIQUE QUI MOBILISE TOUT L'HÔPITAL

16 LES VALEURS DU CHU DE LIÈGE

## Chapitre 3

### FAIRE PROGRESSER LES CONNAISSANCES

18 PRIX ET DISTINCTIONS

20 PUBLICATIONS 2014

## Chapitre 4

### LE RÔLE SOCIÉTAL DU CHU

30 L'ANNÉE 2014 EN IMAGES

## Chapitre 5

### GESTION FINANCIÈRE

32 COMPTES ANNUELS 2014

43 RAPPORT DU RÉVISEUR



## AVANT-PROPOS

### Cap sur 2020 !

Il y a des dizaines de dates importantes dans l'année 2014 à laquelle est consacré le présent rapport d'activités. Mais nous voulons en retenir deux qui sont symboliques de tout notre savoir-faire et qui inscrivent notre institution et les 5.175 personnes qui la font fonctionner au quotidien dans un plan pluriannuel ambitieux qui nous mènera jusqu'à 2020.

**Le 20 mai 2014**, étaient donnés les premiers coups de pelle de ce qui s'appelait alors le CIO-Unilab et qui est aujourd'hui l'Institut de Cancerologie. En lui consacrant 120 millions d'€ sur fonds propres, le CHU de Liège ouvrira, en 2018, le premier centre intégré d'oncologie de Wallonie. C'est notre réponse aux besoins de la population de notre région. En 2014, plus de 3.000 patients ont bénéficié d'une consultation oncologique multidisciplinaire, un chiffre qui n'arrête pas de croître. Dans un seul site, sous le même toit, les patients trouveront plus de 180 experts dans 21 disciplines différentes et l'équipement technologique le plus sophistiqué. Le CHU de Liège proposera à ses patients les meilleurs soins pour l'ensemble des cancers.

**Le 25 juin 2014**, le Conseil d'administration approuvait le plan stratégique CAP 2020. Ce plan, issu de groupes de travail INTERNE, associant tous les membres du personnel, a retenu 32 projets qui sont autant d'axes de développement et de réponses aux problèmes des patients. Le patient est d'ailleurs au cœur de toute la démarche, puisque 22 des 32 projets lui sont consacrés : six concernent la performance/efficacité, tandis que quatre projets sont directement axés sur les acteurs internes et externes.

Ce plan CAP 2020 repose notamment sur le résultat d'enquêtes «valeurs» menées auprès des patients, du personnel et des prestataires de soins partenaires. Il en ressort que l'ADN du CHU de Liège peut se résumer en cinq mots : Respect – Excellence – Partenariat – Responsabilité – Ouverture. En prenant la première lettre de chacun de ces mots-clé, nous obtenons le mot REPRO. L'idée majeure est que chaque personne REPROdise dans son comportement quotidien des actes qui s'inscrivent dans la promotion de ces valeurs. Parce que notre volonté, sur tous nos sites, dans tous nos services, est d'**Être, pour l'ensemble des patients de notre région, l'hôpital universitaire de référence.**



**Jean SEQUARIS**  
Président du Conseil  
d'administration



**Julien COMPÈRE**  
Administrateur délégué



**Pierre GILLET**  
Médecin en chef

## QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

### Un acteur de référence

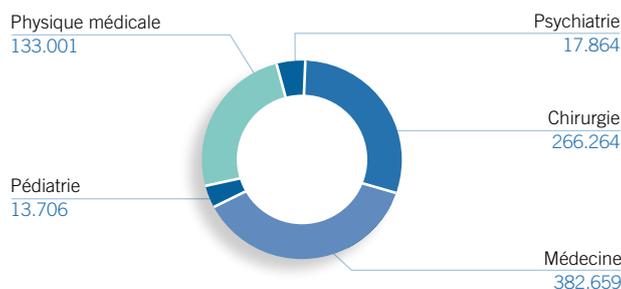
Depuis son inauguration en 1987, le CHU de Liège est devenu l'un des acteurs majeurs du monde hospitalier wallon.

Aujourd'hui, il accueille chaque jour près de 3.400 personnes en consultation, 250 patients aux urgences, autant en hôpital de jour et 160 en hospitalisation classique. Plus de 900 médecins, répartis entre une cinquantaine de services, y dispensent des soins spécialisés dans toutes les disciplines médicales.

Le taux de fréquentation de l'hôpital est en constante évolution. Les chiffres de 2014, repris ci-après, témoignent de l'importance de l'institution et de l'étendue des services qu'elle rend à la population.

### Visites ambulatoires

○ Fréquentation des polycliniques : 813.494  
(4 % de plus qu'en 2013)



### Hospitalisations

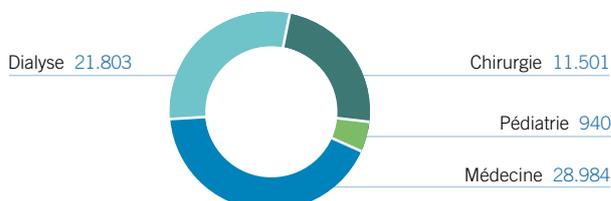
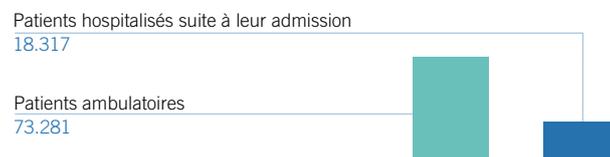
○ Admissions en hospitalisation classique : 41.035  
(1,4 % de plus qu'en 2013)

○ Journées d'hospitalisation de jour : 41.425  
(3,2 % de plus qu'en 2013)

○ Nombre de dialyses : 21.803

### Urgences

○ Fréquentation des urgences : 91.598  
(4,7 % de plus qu'en 2013)





## La complémentarité au service du patient

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 5.000 salariés, le CHU de Liège est le principal employeur de la région liégeoise. En 2014, son personnel représentait 4.323,63 équivalents temps plein.

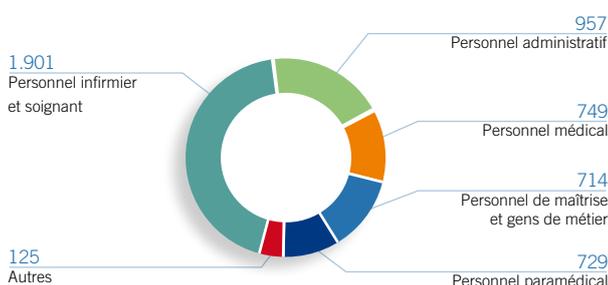
La capacité totale du CHU de Liège est de 895 lits répartis sur trois sites spécialisés et complémentaires :

> **le site du Sart Tilman** centralise les unités de médecine interne générale, mais également d'autres disciplines comme l'oncologie et l'infectiologie. C'est là que se concentrent les disciplines de haute technologie telles que le Cyberknife, les techniques PET CT ou encore l'IRM interventionnelle;

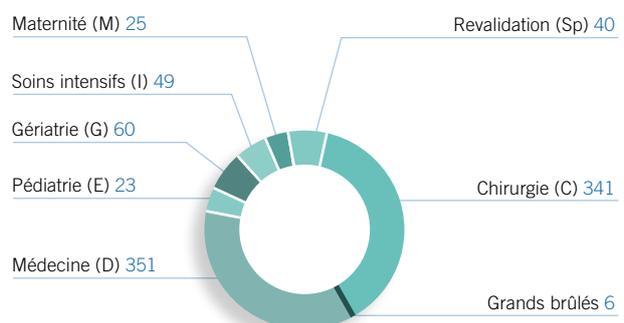
> **le site N.-D. des Bruyères** regroupe le pôle mère-enfant (maternité, néonatalogie et pédiatrie), la gériatrie et un service d'urgences adultes et pédiatriques;

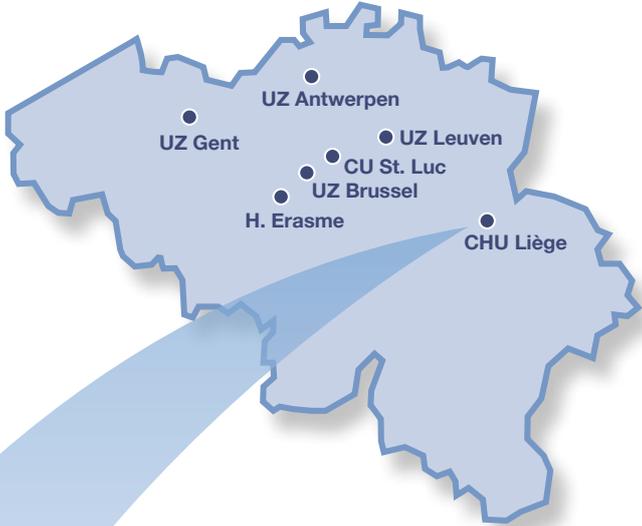
> **le site Ourthe-Ambiève** héberge le centre de révalidation, un des fleurons du CHU de Liège, qui offre aux patients une prise en charge pluridisciplinaire et hautement qualifiée en deux trajets de soin, l'un destiné aux patients hospitalisés, l'autre aux patients externes. Il propose en outre une polyclinique de proximité polyvalente, très appréciée par la population pour sa convivialité et son offre de consultations (ophtalmologie, dermatologie, diététique, etc.).

### Emploi : 5.175 travailleurs salariés (4.323,63 équivalents temps plein)



### Capacité d'accueil : 895 lits agréés





Liège Polyclinique "Lucien Brull"



12 KM

Chênée Site hospitalier N.-D. des Bruyères



10 KM

Chaufontaine Site de Chaufontaine



13 KM

Liège Site hospitalier du Sart Tilman



12 KM



Esneux Site hospitalier Ourthe-Ambève

21 KM



Aywaille Polyclinique d'Aywaille



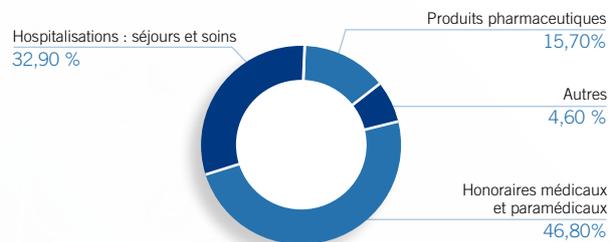
## Finances

Associé à la Faculté de médecine de l'ULg, le CHU de Liège mène de nombreux projets afin de proposer à ses patients une médecine et des soins performants, où l'innovation occupe une place prépondérante, tout en veillant à la pérennité financière de l'établissement.

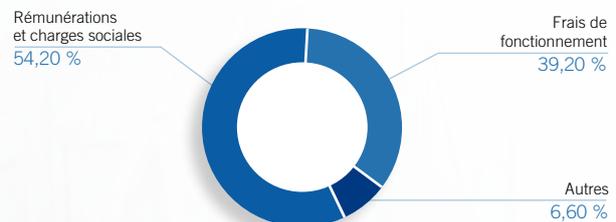
Chiffres d'affaires : 471,80 millions €

Investissements : 33,73 millions €

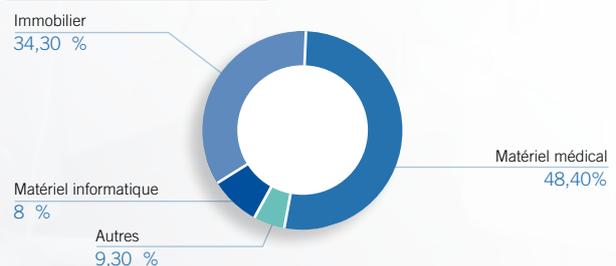
### Répartition du chiffre d'affaires



### Répartition des charges d'exploitation

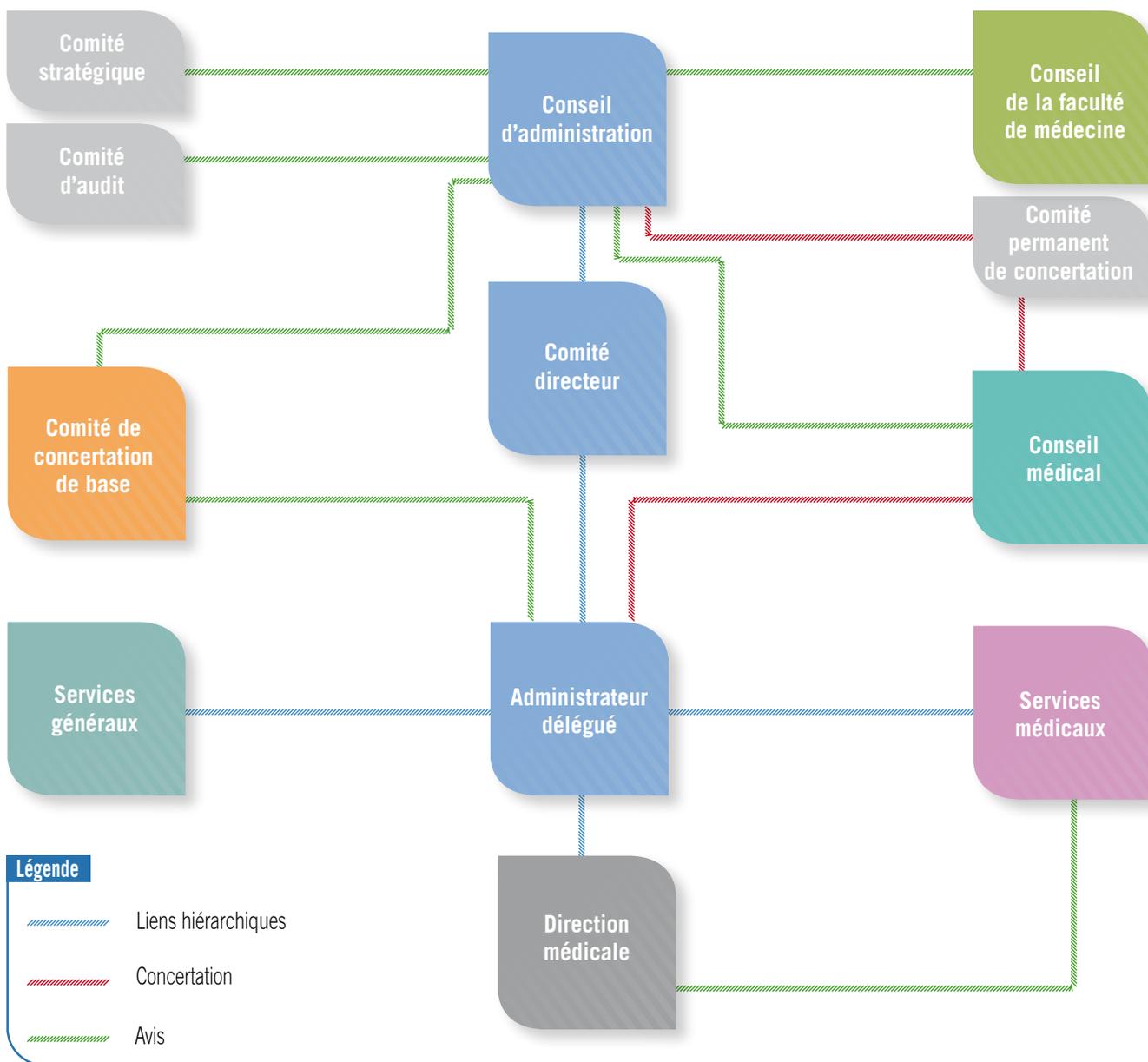


### Répartition des investissements



# 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 le ministre de l'Enseignement supérieur.





## COMPOSITION DES ORGANES DE GESTION ET DE DIRECTION

### Conseil d'administration

#### Membres nommés par le Gouvernement (12 membres)

M. Jean SEQUARIS, *Président*  
M. Julien COMPÈRE, *Administrateur délégué*  
Mme Nicole MARÉCHAL, *Vice-Présidente*  
M. Gaëtan SERVAIS, *Vice-Président*  
Pr. Jean-Marc TRIFFAUX, *Vice-Président*  
Pr. Claude DESAMA  
M. Michel FAWAY  
Dr Philippe MAASSEN (+ jusqu'au 10 mai 2014)  
Pr. Philippe BOXHO (à partir du 15 mai 2014)  
Mme Natacha BEUGNIER  
Mme Coralie BONNET  
Mme Sylvie MARIQUE  
M. Hubert JAMART

#### Membres ex officio (3 membres)

Pr. Bernard RENTIER, *Recteur de l'Université de Liège*  
(jusqu'au 30 septembre 2014)  
Pr. Albert CORHAY, *Recteur de l'Université de Liège*  
(à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014)  
M. Laurent DESPY, *Administrateur de l'Université de Liège*  
Pr. Vincent D'ORIO, *Doyen de la Faculté de Médecine*

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

Pr. Jean-Michel CRIELAARD  
Pr. Jean-Olivier DEFRAIGNE

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

Pr. Philippe KOLH  
Dr Kristel VANDENBOSCH

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

Mme Marie-Hélène BEAUPAIN  
Mme Fabienne CESAR

#### Invités aux séances du Conseil

Pr. Pierre GILLET, *Médecin en chef*  
Mme Carine HOUGARDY, *Commissaire du Gouvernement*  
M. Jean-Marie CADIAT, *Délégué du Ministre du Budget*  
Soeur Fulvie DEBATTY, *asbl N.-D. des Bruyères*  
M. Michel PHILIPPART de FOY, *asbl N.-D. des Bruyères*  
Mme Chantal COLLARD, *CNRF de Fraiture*  
(à partir du 25 juin 2014)

#### Secrétaire du Conseil

Mme Fabienne BONNET

### Comité directeur

M. Jean SEQUARIS, *Président du Conseil d'administration*  
M. Julien COMPÈRE, *Administrateur délégué*  
Pr. Pierre GILLET, *Médecin en chef*

### Direction générale

M. Julien COMPÈRE, *Administrateur délégué*



## Direction médicale

Pr. Pierre GILLET, *Médecin en chef*  
 Dr Bernard BASSLEER, *Médecin en chef adjoint*  
 Dr Geneviève CHRISTIAENS, *Médecin hygiéniste*

## Conseil médical

Pr. Michel MALAISE, *Président*  
 Pr. Corinne CHARLIER, *Vice-Présidente*  
 Pr. Roland HUSTINX, *Vice-Président*  
 Pr. Amélie MAINJOT, *Secrétaire*

## Représentants des médecins chefs de service

Pr. Marc ANSSEAU  
 Pr. Corinne CHARLIER  
 Pr. Roland HUSTINX  
 Pr. Frédéric KRIDELKA  
 Pr. Philippe LEFEBVRE (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Pr. Michel MALAISE  
 Pr. Michel MEURISSE (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Pr. Marie-Christine SEGHAÏE  
 Pr. Philippe GILLET (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Pr. Arjen NIKKELS (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)

## Représentants des médecins non chefs de service

Pr. Robert ANDRIANNE (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Dr Philippe AUGARDE (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Pr. Jean JORIS (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Dr William KURTH (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Pr. Patrizio LANCELOTTI  
 Pr. Amélie MAINJOT  
 Pr. Robert POIRRIER (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Dr Françoise TASSIN  
 Dr Olivier DETRY (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Dr christine GENNIGENS (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Dr Jean-François KAUX (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Dr Gabrielle SCANTAMBURLO (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Dr Marc SENARD (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)

## Représentant des candidats spécialistes en formation

Dr Jean-Philippe LOLY (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Dr Charles PIRLET (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)

## Invités permanents représentant les services universitaires implantés dans des hôpitaux extérieurs

Pr. Alain MAERTENS de NOORDHOUT  
 (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Pr. Jean-Paul MISSON  
 Pr. Frédéric GOFFIN (*jusqu'au 30 septembre 2014*)  
 Dr Delphine MAGIS (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Pr. Michelle NISOLLE (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)  
 Dr Thibault SENTERRE (*à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014*)

## Services médicaux

### Département d'Anesthésie-Réanimation

Anesthésie-Réanimation Pr. Jean-François BRICHANT  
 Soins intensifs généraux Pr. Pierre DAMAS

### Département de Chirurgie

Chirurgie abdominale, endocrine et transplantation  
 Pr. Michel MEURISSE  
 Chirurgie cardiovasculaire et thoracique  
 Pr. Jean-Olivier DEFRAIGNE  
 Chirurgie de l'appareil locomoteur Pr. Philippe GILLET  
 Chirurgie de la main Pr. Alain CARLIER  
 Chirurgie maxillo-faciale et plastique Dr Jean-Luc NIZET  
 Neurochirurgie Pr. Didier MARTIN  
 Ophtalmologie Pr. Jean-Marie RAKIC  
 Oto-Rhino-Laryngologie Pr. Philippe LEFEBVRE  
 Urologie Pr. David WALTREGNY

### Département de Dentisterie

Dentisterie conservatrice de l'adulte Pr. Sabine GEERTS  
 Médecine dentaire Pr. Eric ROMPEN  
 Orthopédie dento-faciale Pr. Michel LIMME  
 Prothèse amovible Pr. Marc LAMY  
 Prothèse fixée Pr. Alain VAN HEUSDEN



## Département de Gynécologie-Obstétrique

Gynécologie-Obstétrique Pr. Frédéric KRIDELKA  
Gynécologie-Obstétrique (CHR) Pr. Michelle NISOLLE  
Gynécologie, Sénologie, Obstétrique (CHBAH) Dr Aude BELIARD  
Sénologie Pr. Eric LIFRANGE

## Département de Médecine interne

Cardiologie Pr. Luc PIERARD  
Diabétologie, Nutrition, Maladies métaboliques Pr. André SCHEEN  
Endocrinologie clinique Pr. Albert BECKERS  
Gastroentérologie Pr. Edouard LOUIS  
Gériatrie Pr. Jean PETERMANS  
Hématologie clinique Pr. Yves BEGUIN  
Maladies infectieuses, Médecine interne générale  
Pr. Michel MOUTSCHEN  
Néphrologie Pr. Jean-Marie KRZESINSKI  
Neurologie Pr. Pierre MAQUET  
Neurologie (CHR) Pr. Alain MAERTENS de NOORDHOUT  
Oncologie médicale Pr. Guy JERUSALEM  
Pneumologie-Allergologie Pr. Renaud LOUIS  
Rhumatologie Pr. Michel MALAISE

## Département de Pédiatrie

Pédiatrie Pr. Marie-Christine SEGHAYE  
Pédiatrie (CHR) Pr. Jean-Paul MISSON  
Néonatalogie (CHR) Pr. Masendu KALENGA

## Département de Physique médicale

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

## Autres services

Algologie et Soins palliatifs Pr. Marie-Élisabeth FAYMONVILLE  
Dermatologie Pr. Arjen NIKKELS  
Médecine de l'Appareil locomoteur Pr. Jean-Michel CRIELAARD  
Psychiatrie et Psychologie médicale Pr. Marc ANSSEAU  
Urgences Pr. Vincent D'ORIO

## 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. Pierrette MELIN  
Toxicologie Pr. Corinne CHARLIER

## Pharmacie

### Pharmacie hospitalière

Directeur M. Yvan HUON  
Officine M. Didier MAESEN  
Production et essais cliniques Mme Isabelle ROLAND  
Gestion des processus et tarification Mme Myrèse RADOUX

### Pharmacie clinique

Directeur M. Thierry VAN HEES  
Groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA)  
Mme Christelle VERCHEVAL  
Prescription informatisée et plan d'administration des médicaments  
(PIPAM) M. Xavier GERARD  
Gériatrie N.-D. des Bruyères Mme Audrey SAMALEA-SUAREZ  
Hématologie Mme Isabelle ROLAND

## Département infirmier

Directeur M. Eric MACLOT

Infirmiers chefs de service  
Mme Virginie BAY  
M. Jean-Marie BOULANGER  
M. Henri GILIS  
Mme Chantal GILLES  
Mme Christel MENOZZI  
M. Jacques MUTSERS

Mme Silva PASAOGLU  
 M. Michel SCHNEYDERS  
 Mme Dominique STRAETMANS  
 M. Olivier THONON  
 Mme Anne-Marie TIMMERMANN (*jusqu'au 31 août 2014*)

## Services généraux

### Audit interne

Responsable Mme Fabienne BONNET

### Coordination des sites hospitaliers

Responsable N.-D. des Bruyères Dr Bernard BASSLEER  
 Responsable Ourthe-Ambève Mme Monique BLAISE  
 Responsable Polyclinique L.Brull Mme Ginette TROLIN  
 Responsable site de Chaudfontaine Pr. Michel MALAISE

### Communication

Responsable M. Louis MARAITE (*à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014*)

### Contrôle de gestion

Responsable Mme Anne-Catherine DUPONT

### Méthodologie de projet

Responsable Mme Isabelle PAUL

### Département de Gestion des Ressources humaines

Administration du personnel Mme Marie-Noëlle ENGLEBERT  
 Processus RH Mme Nathalie RENIER  
 Recrutement Mme Sabine BILLET

### Département des services logistiques

Directeur M. Jean CODOGNOTTO  
 Marchés publics Mme Sandra LEROY  
 Logistique achats Mme Chantal TIELEN  
 Logistique approvisionnements M. Philippe COLINE  
 Logistique patients Mme Anne-Catherine GEURTS  
 Logistique hôtelière et diététique Mme Monique BLAISE

### Département financier

Directeur M. Valère AKAFOMO  
 Coordination générale M. Hachemi MEGHERBI  
 Attaché à la direction M. Laurent CAMPIONI  
 Facturation Mme Isabelle STIEVENART  
 Comptabilité générale et analytique M. Christophe QUERINJEAN  
 (*jusqu'au 13 mars 2014*)  
 Administration des patients Mme Ginette TROLIN

### Département technique

Directeur M. Christian FRANCK  
 Responsable administratif M. François RANDAXHE  
 Ateliers M. Huy DINH  
 Bureau d'études M. Bruno HENRARD  
 Exploitation M. Aldo CASALICCHIO

### Gestion du système d'information (GSI)

Président Bureau GSI Pr. Philippe KOLH  
 Directeur opérationnel de la GSI M. Christophe LEJEUNE  
 Coordinatrice GSI Mme Noémi JAVAUX  
 Applications informatiques (SAI) M. Yves JACQUEMART  
 Projets informatiques (SPI) M. Christophe LEJEUNE  
 Architecture technique et infrastructure (ATI) M. Laurent DEBRA  
 Informations médico-économiques (SIMÉ) Pr. Philippe KOLH

### Médiation du personnel

Responsable M. Siaka KONATE

### Médiation hospitalière

Responsable Mme Caroline DOPPAGNE

### Service social des patients

Responsable Mme Pascale LAMBERT

### Service social du personnel

Responsable M. Alain DIDDEREN

### Service juridique

Responsable Mme Emilie MORATI

### Service interne pour la Prévention et la Protection du Travail

Responsable M. Pierre SCHROYEN



# Le nouvel Institut de Cancérologie cherche un nom !

**Première pierre posée pour le seul Centre Intégré d'Oncologie de Wallonie et le premier regroupement coordonné de laboratoires d'analyses médicales. Ouverture en 2018.**

Le mardi 20 mai 2014, le CHU de Liège a lancé le chantier de construction de l'Institut d'Oncologie (« CIO-Unilab »). Totalement financé sur fonds propres pour un montant de 120 millions d'euros, le nouveau bâtiment se veut un centre médical universitaire de référence ouvert sur son environnement. C'est le premier Centre Intégré d'Oncologie créé en Wallonie, et la première fois que les laboratoires d'analyses médicales regroupent, de manière coordonnée, en un seul lieu, l'Anatomie pathologique, la Biologie clinique et la Génétique. Transversalité, expertise et qualité des soins sont au cœur de cette réalisation ambitieuse qui réunit les meilleures idées développées par diverses institutions étrangères. Ouverture prévue en 2018.

Un homme sur trois et une femme sur quatre présentent un cancer avant l'âge de 75 ans. Le cancer représente 29 % des décès en Belgique. Il y a eu 27.000 décès par cancer en 2009. Les chances de survie à 5 ans pour tous les cancers sont de 51% chez l'homme et de 62% chez la femme. Selon l'OMS, le nombre de nouveaux cancers augmentera encore de 25% d'ici 2020. Le nombre de patients cancéreux augmente et, simultanément, de nouveaux traitements et des techniques innovantes voient le jour. Comme les chances de survie progressent également, le cancer évolue vers un statut maladie chronique, si bien que les patients ont de plus en plus besoin d'un traitement au long cours.

En plus des aspects fondamentaux de prévention et de dépistage, un groupe d'experts belges a formulé en 2007 un certain nombre de recommandations pour les institutions hospitalières.

Développer des programmes de soins oncologiques, utiliser au mieux les nouvelles technologies ou encore, améliorer l'encadrement des patients grâce à une meilleure prise en charge de l'accueil, des problèmes psychologiques, de la douleur et des soins palliatifs en font partie.

Au CHU de Liège, les spécialistes d'organes, les hématologues cliniciens et les oncologues médicaux ont décidé d'aller de l'avant. Le nouveau bâtiment, d'une longueur de 100 mètres et de 36 mètres de large, occupera six étages pour une surface totale de plus de 23.000 mètres carrés. Les experts y sont rassemblés en un seul et même lieu autour du patient. Des espaces de rencontre favorisent les échanges entre prestataires, dont notamment les réunions de concertation oncologique multidisciplinaire (COM). Toutes les salles sont équipées de «visioconférence» afin de permettre aux médecins référents (médecins généralistes et spécialistes d'autres hôpitaux) d'interagir «en direct» avec l'équipe, ainsi que d'échanger des avis avec d'autres experts nationaux ou internationaux.

La prise en charge du patient au CIO est globale, continue et intégrée. Ainsi, le patient bénéficiera, selon ses besoins, de l'intervention de 9 disciplines médicales différentes (oncologie médicale, hématologie, onco-pulmonaire, onco-digestive, onco-radiothérapie, chirurgie, gynécologie, urologie et ORL), de 5 disciplines plus techniques (médecine nucléaire, radiologie, anatomopathologie, génétique et biologie clinique) et de 7 partenaires des dimensions psychosociales et de soins



(infirmières de liaison, psychologues, diététiciennes, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et esthéticiennes sociales). Une infirmière de liaison coordonnera ces activités tout au long du parcours de soins du patient, en étroite concertation avec les différents médecins spécialistes, le médecin généraliste du patient, les équipes de soins à domicile ainsi que le patient et sa famille.

Plusieurs services et activités tels que des séances d'apprentissage à l'autohypnose, de la kinésithérapie, des services esthétiques, ergothérapeutiques, de la relaxation et une salle de gymnastique «réadaptative» seront proposés dans l'espace de bien-être.

Jusqu'alors, les laboratoires d'analyses médicales du CHU de Liège étaient répartis sur différents sites, ce qui induisait une dispersion de moyens. Mutualiser les coûts, faciliter le partage des technologies et de l'expertise par le regroupement positionne Unilab comme un acteur universitaire de référence. Accrédité par BELAC, l'organisme belge officiel d'accréditation, il réalise plus de 8 millions de tests par an grâce au travail de près de 400 personnes soutenues au quotidien par un mode de management qui encourage la transversalité et l'utilisation efficace des ressources.

Le CIO est à la fois un outil pédagogique et un centre de recherche qui fera de l'Université de Liège et de son hôpital un pôle d'excellence. En effet, il permet la mise en place d'une recherche dynamique qui réunit les 'fondamentalistes' et les 'translationnels' et favorise les synergies. En outre, en concentrant ces recherches sur un même plateau, on augmente la traçabilité diagnostique et thérapeutique. Enfin, il s'agit d'un outil pour la formation des étudiants en sciences biomédicales, pharmaceutiques ou médicales qui seront confrontés à ce qui se fait de mieux en ce domaine.

Pour relever les défis de la cancérologie, il ne suffit pas de favoriser l'approche multidisciplinaire (juxtaposition des compétences et des technologies), il faut y ajouter une dimension transdisciplinaire. Celle-ci sera assurée par la création d'un Institut de Cancérologie, lui-même géré par un conseil de gouvernance.

Les facteurs de succès sont un management éclairé, des objectifs clairs, une organisation adaptée, des instruments performants, un phasage pertinent, un suivi, une communication soutenue. S'y ajoutent l'évaluation concertée de nouvelles technologies, les essais cliniques par réseaux organisés, la recherche de translation.

En réalisant le CIO-Unilab, le CHU assume son rôle universitaire et assure sa survie dans un environnement national et international hautement compétitif.

## Vous avez une idée de nom pour l'Institut de Cancérologie ?

De nombreuses idées ont déjà été émises pour trouver un nom pour l'Institut de Cancérologie du CHU de Liège.

Vous pouvez, vous aussi, participer à ce « brainstorming » en adressant un mail à [service.communication@chu.ulg.ac.be](mailto:service.communication@chu.ulg.ac.be)





# Cap 2020, le plan stratégique qui mobilise tout l'hôpital

CAP 2020, c'est le nom du plan stratégique qui détermine tout l'avenir du CHU de Liège. Le plan a été élaboré avec la participation du personnel après différentes enquêtes et de multiples réunions en groupes de travail, un travail de longue haleine lancé en janvier 2014 avec une véritable réflexion sur les valeurs qui doivent être communes à tout le personnel du CHU de Liège. Ces valeurs (Respect, Excellence, Partenariat, Responsabilité, Ouverture) sont présentes dans chacun des 32 projets très concrets répartis en trois grands axes et sept objectifs stratégiques.

L'axe « patients » poursuit trois objectifs : développer un management global et intégré de la qualité et renforcer la transparence, optimiser le parcours du patient, promouvoir l'excellence hospitalo-universitaire. 22 des 32 fiches projets sont consacrées aux patients.

L'axe « performance/efficience » vise l'excellence opérationnelle et à optimiser les outils de support avec six projets concrets.

L'axe « acteurs » veut valoriser les acteurs internes de l'hôpital et se rapprocher des acteurs externes de la santé avec quatre projets très concrets.

« L'axe patients est clairement prioritaire : plus de deux tiers des projets lui sont directement consacrés, explique Julien Compère, Administrateur délégué. Avec énormément d'ambitions comme l'amélioration des indicateurs qualité, l'obtention d'une accréditation internationale mais aussi énormément de pragmatisme puisque le plan prévoit l'augmentation des places de parking sur tous les sites, l'amélioration de la signalétique

*dans nos hôpitaux et l'amélioration de l'accueil du patient ambulatoire ».*

L'objectif est de diminuer la durée moyenne de séjour et de développer des trajets de soins qui prennent mieux en compte le vécu des patients. Ceux-ci seront associés aux démarches via la mise en place d'un Conseil des Patients. Il est aussi question de développer l'hospitalisation à domicile, de mieux travailler avec les soins de proximité et de recourir à la télémédecine pour notamment être plus proche des médecins généralistes.

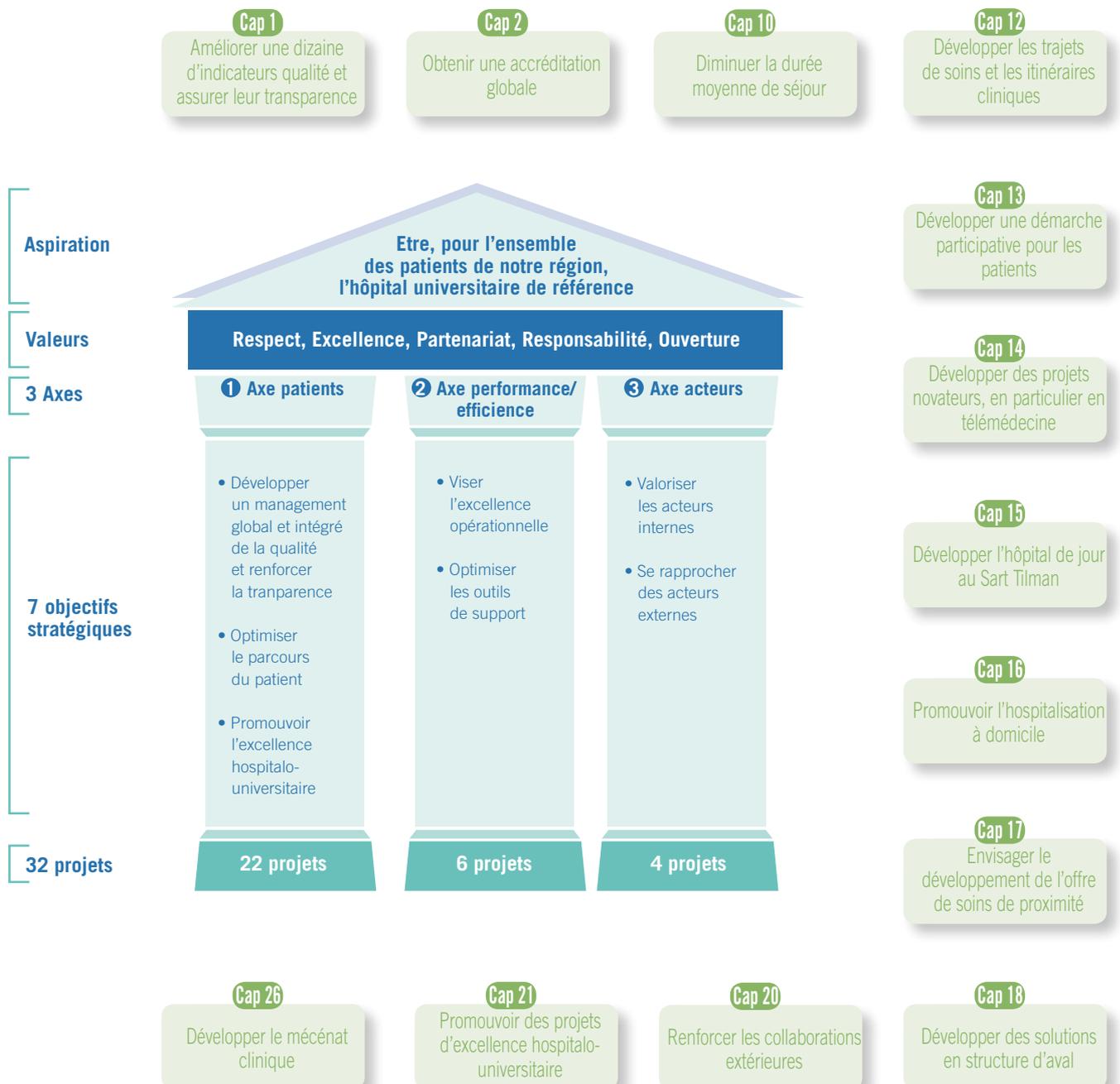
*« Tout cela en conservant au plus fort la volonté de promouvoir l'excellence hospitalo-universitaire, la recherche clinique, les collaborations extérieures. Et en offrant à chaque membre du personnel un trajet de carrière ».*

Il faudra bien cinq ans pour concrétiser ces 32 projets mais les groupes de travail sont constitués et travaillent déjà d'arrache-pied. Sous la houlette d'Isabelle Paul, chef du Service de méthodologie de projet, les thématiques font l'objet d'un reporting régulier.

« Chaque fiche est accompagnée d'une estimation budgétaire et d'une inscription dans les budgets des années à venir », conclut Julien Compère. Au total, ce seront près de 60 millions d'€ qui seront investis dans le plan CAP 2020, en plus des investissements dans l'Institut de Cancérologie (120 millions €).

# Le patient au cœur du plan CAP 2020

Voici quelques fiches projets qui se retrouvent dans le plan CAP 2020.





## LES VALEURS DU CHU DE LIÈGE :

**R**espect,  
**E**xcellence,  
**P**artenariat,  
**R**esponsabilité,  
**O**uverture

La **culture d'entreprise**, c'est l'ensemble des éléments particuliers qui expliquent les bases du fonctionnement d'une organisation. C'est un certain nombre de valeurs partagées, en interne, par le personnel et reconnues, en externe, par les partenaires et clients. C'est l'ensemble des façons de penser et d'agir, de règles explicites ou implicites, un mode de cohésion et de cohérence, qui permet à une organisation de fonctionner et de se développer en suscitant l'adhésion des intervenants.

La culture d'entreprise a cette étrange qualité d'être la chose la plus partagée et la moins formalisée. Aussi les entreprises tentent-elles de formaliser cette culture, par des mots, des slogans, des affiches, des chartes. Pour que l'informel et le formel se rejoignent, il faut que les valeurs émergent au terme d'un travail de réflexion mené par tous.

Le CHU de Liège a fait ce travail d'introspection participatif sur ses valeurs. Trois enquêtes ont été menées : auprès du personnel, auprès des médecins généralistes et auprès des patients. Pour aboutir à cinq valeurs qui sont d'autant plus primordiales que notre mission se trouve dans l'accompagnement des patients et de leur famille. Autour de notre objet social et de notre **identité universitaire**, les cinq valeurs, pour vivre, exister, doivent être partageables et partagées.



# REPRO

**Ces 5 valeurs socle guideront chacune de nos actions du quotidien, accompagneront la créativité et traverseront le dynamisme de l'entreprise.**

**Le Respect constitue un véritable guide du savoir vivre ensemble.**

Cela se traduit par la capacité de chacun à établir des liens professionnels de courtoisie et de considération, à accueillir les autres de manière humanisante, empathique et bienveillante.

**L'Excellence se caractérise par la recherche permanente de la qualité la plus haute.**

Cela se traduit par une volonté de s'adapter, de se développer par une dynamique d'amélioration continue en matière technologique et humaine.

**Le Partenariat permet de construire une confiance réciproque**

par le partage, la collaboration, la participation de tous à la construction de la qualité des soins. La mutualisation des savoir-faire et savoir-être permet, dans les limites imposées par le respect du secret professionnel, d'augmenter la qualité de vie des patients, mais aussi des collaborateurs.

**La Responsabilité engage** chaque collaborateur, à son niveau, à se montrer fiable, à assumer chaque acte qu'il pose.

**L'Ouverture**, c'est l'ouverture au monde, l'ouverture aux différences, l'ouverture d'esprit comme moteur de notre travail. Promouvoir, un hôpital accessible et abordable à tous, tant au niveau de l'accueil physique que dans l'intelligibilité de son discours.

Mises ensemble, les initiales des mots qui fixent ces cinq valeurs donnent un moyen mnémotechnique simple : REPRO. L'idée sous-jacente est que, à chaque moment de notre vie professionnelle, nous soyons à même de REPROduire un comportement basé sur ces valeurs.



## PRIX ET DISTINCTIONS

**En 2014, le CHU de Liège s'est distingué dans de nombreux domaines, obtenant diverses reconnaissances officielles. En voici quelques-unes.**

Le **Pr. Jacques Bonniver** a été élu Président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

Le **Pr. Jean Petermans** a été élu trésorier de l'EUGMS (European Union of Geriatric Medicine Society).

Le **Pr. Patrizio Lancelotti** a été élu Président de l'Association européenne d'imagerie cardiovasculaire (EACVI) de la Société européenne de Cardiologie (ESC) dont il est membre du Bureau.

Le **Pr. Luc Pierard**, éditeur en chef de la revue internationale « Acta Cardiologica » depuis janvier 2014, vice-président du Groupe de travail européen sur les valvulopathies (ESC)

Les **Pr. Yves Beguin** (hématologie clinique), **Didier Cataldo** (pneumologie-allergologie) et **Frédéric Kridelka** (pneumologie-allergologie) ont été primés des « Grants 2014 de la Fondation Contre le Cancer ».

Le **Pr. André Gothot** est devenu président de la Société belge de Cytologie analytique.

Le **Pr. Renaud Louis** est devenu président de la Société belge de Pneumologie et membre associé de l'Académie Royale de Médecine.

Les **Dr Vincent Geenen** et **Olivier Bruyère** ont été élus membres associés du Département de Santé publique de l'Académie Royale de Médecine.

Le **Dr Vincent Geenen** a vu son essai scientifique de haute vulgarisation dans le domaine médical, « Voyage(s) à travers le thymus », récompensé par le prix Prince Alexandre de Belgique.

Le **Pr. Jean-Pierre Bourguignon** a été nommé co-président de la « Global Endocrine Disrupting Chemical Policy Task Force ».

Le **Pr. Jean-Pierre Bourguignon** a reçu le prix André Prader 2014 décerné par l'ESPE (European Society for Paediatric Endocrinology). Une première pour un pédiatre belge.

Le **Pr. André Scheen**, élu Président de la Société Francophone du Diabète (Décembre 2013- Décembre 2015)

Le **Dr Nathalie Esser** a reçu, de l'Association belge du Diabète, le prix de la meilleure communication scientifique en diabétologie.

Le **Dr Nathalie Esser** a reçu, de la Société francophone du Diabète, le prix Georges et Jean-Luc Smajda 2014 du jeune chercheur en diabétologie.

Le **Dr Géraldine Lambert** a obtenu un « Grant » de la Société belge d'Anesthésie-Réanimation pour l'étude « Is Dex-metodomidine sedation akin to natural sleep ».

Le **Dr Gilles Darcis** a été récompensé par l'International AIDS Society et la française ANRS (Agence nationale pour la recherche sur le Sida) pour une présentation scientifique à Melbourne.

Le **Dr Florence Schleich** a remporté le prix « GSK clinical award » : meilleur travail et meilleure présentation dans le domaine de la recherche clinique en pneumologie. Elle a défendu sa thèse de doctorat en décembre.



Le **Dr Vincent Ninane** a obtenu le prix du meilleur poster lors du 33<sup>e</sup> Congrès de l'European Society of Regional Anesthesia. Le Dr Pierre Goffin y a obtenu le 3<sup>e</sup> prix.

Le **Pr. Eric Salmon**, service de Neurologie, est lauréat du Fonds De Beys (Fondation Roi Baudouin) pour son article « Adaptation of daily activities to individual capacities in neuro-degenerative cognitive disorders ».

Le **Dr Aline Defresne** est lauréate du « Best Publication Award » attribué par la Société belge d'Anesthésie-Réanimation.

Le **Dr Laurent Jadot** s'est vu attribuer le « Best Poster Award » par la Société belge d'Anesthésie-Réanimation.

Le **Dr Jean-Flory Luaba Tshibanda** a été élu président de la Société belge de Neuroradiologie.

Le **Dr Liliya Rostomyan** a reçu le 3<sup>e</sup> prix « Perspectives in Endocrinology » pour le travail intitulé : « The clinical and genetic characteristics of patient with gigantism ».

Le **Dr Iulia Potorac** a reçu le « BES Young Investigators Award 2014 » pour le travail intitulé « Correlation of the high-resolution MRI aspect of GH-secreting pituitary adenomas prior to treatment ».

Le **Dr Anne-Simone Parent** (service d'endocrinologie) a reçu le BES Annual Award 2014.

Le **Dr Julie Fudvoye**, assistante en pédiatrie, a reçu le prix international NOVALAC pour son projet intitulé « Gestational exposure to low dose mixture of endocrine disrupting chemicals ».

Le **Dr Marylene Binsfeld**, General Annual Meeting of the Belgian Hematological Society, "best oral presentation award".

Best Publication Award attribué par la Belgian Society of Anaesthesia and Resuscitation dans le cadre de son congrès annuel pour l'article : **Defresne A, Hans G, Goffin P, S. Bindelle, P. Amabili, A. DeRoover, R. Poirrier, J.F. Brichant, J. Joris**. Recruitment of lung volume during surgery neither affects the post-operative spirometry nor the risk of hypoxaemia after laparoscopic gastric bypass in morbidly obese patients: a randomized controlled study. Br J Anaesth. 2014 Sep;113(3):501-7. Louvain-la-Neuve, 8 novembre 2014

Best Poster Award by a Resident in Anesthesia attribué par la Belgian Society of Anaesthesia and Resuscitation dans le cadre de son congrès annuel pour l'abstract : **L. Jadot, A. Defresne, M.J. Harrison, V. Bonhomme**. Evaluation of the accuracy of the EBMI software to detect hypovolemia as defined by Delta-Down. Louvain-la-Neuve, 8 novembre 2014

Les **Pr. Philippe Kolh** (service de chirurgie cardio-vasculaire) & **Patrizio Lancellotti** (service de cardiologie) ont été nommés citoyens d'honneur de la Ville de Liège.

Le **Pr. Philippe Kolh** a présidé le Congrès annuel de la Société Royale Belge de Chirurgie, dont le thème était « Patient-Tailored Surgical Strategy - Patient and Surgeon Advancing Together ». Au cours du Symposium inaugural, **M. Julien Compère** a partagé sa vision de directeur d'hôpital.



## PUBLICATIONS 2014

Les publications scientifiques réalisées par les médecins du CHU sont encodées dans la plate forme institutionnelle Orbi. Dans le cadre du rapport d'activités 2014 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.

### Département d'Anesthésie-Réanimation

**Algologie – Soins palliatifs.** Cet article a pour objectif d'établir un «profil» des patients consultant pour des douleurs chroniques dans le service d'Algologie du CHU de Liège. Cette étude cerne des contextes de vie et/ou des difficultés associées à certaines pathologies, ce qui permet de réaménager les stratégies d'accompagnement.

*Faymonville ME, Blavier A, Palmaricciotti V, Malaise N, Salamun I, Fontaine R, Libbrecht D, Tomasella M, Smitz S, Malengreaux C, Mairiaux P & Nyssen A.-S. Analyse des caractéristiques biopsychosociales observées chez 1 832 patients consultant pour des douleurs chroniques dans le service d'algologie du CHU de Liège. Douleur et Analgésie. 2014 ; 27:181-191.*

<http://hdl.handle.net/2268/171150>

**Anesthésie - Réanimation.** L'anesthésie générale entraîne une diminution transitoire de la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF) respiratoire, phénomène encore plus marqué chez les patients obèses. Certaines manœuvres de recrutements contrecarrent la diminution de la CRF et améliore l'oxygénation durant la phase peropératoire.

Cette étude démontre que les manœuvres de recrutement, associées à une stratégie de ventilation protectrice, n'améliorent ni la fonction respiratoire ni l'oxygénation postopératoires chez des patients obèses.

*Defresne A, Hans G, Goffin P, Bindelle S, Amabili P, De Roover A, Poirrier R, Brichtant J.F & Joris J. Recruitment of lung volume during surgery neither affects the postoperative spirometry nor the*

*risk of hypoxaemia after laparoscopic gastric bypass in morbidly obese patients: a randomized controlled study. British journal of anaesthesia, 2014 ; 113(3), 501-7.*  
<http://hdl.handle.net/2268/173174>

### Soins intensifs généraux.

**Soins intensifs médicaux.** Le don d'organes après arrêt circulatoire (Donation after Circulatory Death - DCD) reste, sur le plan éthique, sujet à débat. Une procédure de don d'organes, après arrêt circulatoire, dans laquelle est prévue la possibilité d'avoir recours à des traitements de confort a été définie par l'Institution. Ce travail montre que, même si des traitements de confort sont utilisés, la procédure de don d'organes après arrêt circulatoire ne modifie pas la durée de la fin de vie après une décision d'arrêt thérapeutique. Il est également démontré que le recours aux traitements de confort s'intègre dans une approche éthiquement acceptable et respectueuse du patient donneur d'organes DCD potentiel.

*Ledoux D, Delbouille M.H, De Roover A, Lambermont B, Meurisse M, Damas P, Joris J & Detry O. Does comfort therapy during controlled donation after circulatory death shorten the life of potential donors? Clinical transplantation, 2014; 28(1), 47-51.*

<http://hdl.handle.net/2268/158637>

## Autres services cliniques

**Dermatologie.** Cet article relate le traitement par mébutate ingénole d'un mélanome in situ de grande taille, ou mélanome de Dubreuilh, chez une patiente âgée refusant un traitement par chirurgie. Le mébutate ingénole est un nouveau traitement topique pour les kératoses actiniques et possède une activité anti-mélanome in vitro. Après un mois, une guérison clinique et histologique de la lésion a été observée. Le mébutate ingénole peut donc constituer un traitement efficace topique alternatif pour le mélanome in situ du visage.

*Mansuy M, Tassoudji N, Arrese Estrada J, Rorive, A & Nikkels A. Recurrent In Situ Melanoma Successfully Treated with Ingenol Mebutate. 2014, March 30 ; Dermatologic Therapy. <http://hdl.handle.net/2268/176261>*

**Pharmacie clinique.** Un des rôles essentiels du pharmacien consiste à identifier, résoudre et, si possible, prévenir les problèmes liés aux médicaments (PLM). Cette étude interuniversitaire a évalué la fréquence et la nature des PLM dans 534 officines belges. Il en ressort que l'analyse de la prescription avant la délivrance du médicament est indispensable. L'intervention active du pharmacien contribue à optimiser le traitement médicamenteux. Les problèmes détectés a posteriori démontrent la nécessité d'une revue de la médication, au cours de laquelle le pharmacien analyse le profil de la médication, éventuellement en collaboration avec le patient et/ou le médecin.

*Huysmans K, De Wulf I, Foulon V, De Loof H, Steurbaut S, Boussery K, De Vriese C, Lacour V, Van Hees T & De Meyer G. Les problèmes liés aux médicaments dans les officines belges. Journal de Pharmacie de Belgique, 2014 ; 1, 4-15. <http://hdl.handle.net/2268/168772>*

**Psychiatrie et psychologie médicale.** L'ocytocine est un neuropeptide sécrété par l'hypophyse qui joue un rôle important dans diverses fonctions de l'organisme, notamment la fidélité, le sentiment amoureux, la confiance et l'attachement. Cette étude montre que l'ocytocine joue également un rôle dans le traitement des dépressions sévères qui ne répondent pas aux traitements antidépresseurs. Ces résultats ouvrent des perspectives originales dans la prise en charge des dépressions graves.

*Scantamburlo G, Hansenne M, Geenen V, Legros J.J & Ansseau M. Additional intranasal oxytocin to escitalopram improves depressive symptoms in resistant depression: An open trial. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists. 2014, October <http://hdl.handle.net/2268/174541>*

### Service d'Informations Médico-Economiques.

**Urgences.** Cette étude pluricentrique internationale s'est attachée à valider de manière prospective une valeur seuil du taux de D-dimères définie comme l'âge du patient multiplié par 10 chez des patients de 50 ans et plus.

L'association de cette nouvelle valeur seuil et d'une estimation de probabilité clinique pré-test permettent d'exclure une embolie pulmonaire chez un nombre plus élevé de malades avec une probabilité d'événements thrombo-emboliques ultérieurs très basse.

*Righini M, Van Es J, Den Exter P.L, Roy P.M, Verschuren F, Ghuyssen A, Rutschmann O.T, Sanchez O, Jaffrelot M, Trinh-Duc A, Le Gall C, Moustafa, F, Principe A, Van Houten A. A, Ten Wolde M, Douma R.A, Hazelaar G, Erkens P.M.G, Van Kralingen K.W, Grootenboers M.J.J.H, Durian M.F, Cheung Y.W, Meyer G, Bounameaux H, Huisman M.V, Kamphuisen P.W & Le Gal G. Age-adjusted D-dimer cutoff levels to rule out pulmonary embolism: the ADJUST-PE study. JAMA, 2014; 311(11), 1117-24. <http://hdl.handle.net/2268/178054>*



### Département de Chirurgie

**Chirurgie abdominale.** Dans un contexte de manque de donneurs d'organes, le centre de transplantation du CHU de Liège a particulièrement développé le prélèvement d'organes sur des patients décédés en arrêt circulatoire. Dans cet article publié dans la meilleure revue chirurgicale européenne, les résultats en transplantation hépatique et démontrent que les greffons prélevés chez des donneurs âgés sélectionnés, même de plus de 70 ans, donnent de bons résultats et peuvent répondre de manière partielle au problème du manque d'organes.

*Detry O, De Roover A, Meurisse N, Hans M.-F, Delwaide J, Lauwick S, Kaba A, Joris J, Meurisse M & Honoré P. Donor age as a risk factor in donation after circulatory death liver transplantation in a controlled withdrawal protocol programme. The British journal of surgery, 2014; 10(7), 784-792.*

<http://hdl.handle.net/2268/166331>

**Chirurgie cardio-vasculaire.** Cette étude est issue d'une collaboration du CHU de Liège avec le Royal Institute of Technology de Stockholm et le Département de Chirurgie Vasculaire du Mount Sinai Hospital de New-York. Elle vise à mettre en relation les caractéristiques de fixation observées au PET-scan et les propriétés biomécaniques de la paroi d'anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) non rompus, étudiées à l'aide de modélisations mathématiques réalisées sur des tomographies et des reconstructions par scanner. A terme, il sera possible de prédire l'évolutivité des AAA d'un point de vue croissance et risque de rupture en fonction de ces techniques de mesures.

*Nchimi Longang A, Cheramy-Bien J.P, Gasser T.C, Namur G, Gomez P, Seidel L, Albert A, Defraigne J.O, Labropoulos N & Sakalihan N. Multifactorial Relationship Between 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose Positron Emission Tomography Signaling and Biomechanical Properties in Unruptured Aortic Aneurysms. 2014; Circulation. Cardiovascular imaging, 7, 82-91.*

<http://hdl.handle.net/2268/161909>

**Chirurgie maxillo-faciale et plastique.** Les techniques de reconstruction du sein après ablation totale ou traitement conservateur sont nombreuses. Afin de choisir la meilleure méthode, le calcul du volume de sein est un élément essentiel. En effet, il faut que la reconstruction soit d'un aspect naturel, mais aussi symétrique par rapport à la forme et au volume du sein hétérolatéral. Dans ce cadre, des recherches ont été menées pour l'utilisation de système de caméra 3D permettant de définir au mieux les volumes de sein du côté traité et du côté non traité.

*Hoeffelin H, Jacquemin D, Defaweux V & Nizet J-L. A methodological evaluation of volumetric measurement techniques including three-dimensional imaging in breast surgery. 2014 ; BioMed Research International, <http://hdl.handle.net/2268/163469>*

**Neurochirurgie.** Au cours des dernières décennies, le traitement du glioblastome, tumeur cérébrale la plus maligne, s'est fortement amélioré, notamment grâce à la neuronavigation sur IRM préopératoire. Celle-ci permet la résection large de ces tumeurs en évitant les risques neurologiques d'une résection excessive. L'introduction de l'IRM en salle d'opération est une technologie prometteuse permettant de vérifier l'étendue de la résection durant l'opération, ce qui, auparavant, n'était possible que le lendemain. Le bénéfice potentiel de cette technique d'imagerie a été évalué avec la collaboration de l'Université de Maastricht.

*Kubben P, Scholtes F, Schijns O, Ter Laak-Poort M, Teernstra O, Kessels A, Van Overbeeke J, Martin D & Van Santbrink, H. Intraoperative MRI versus standard neuronavigation for the neurosurgical treatment of glioblastoma: a randomized controlled trial. 2014; Surgical Neurology, 5.*

<http://hdl.handle.net/2268/164143>



**Urologie.** La promontofixation laparoscopique est devenue au cours de la dernière décennie le traitement de premier choix du prolapsus génital chez la femme. Il s'agit d'une technique très efficace et sécurisante avec d'excellents résultats maintenant rapportés à long terme. Le service d'urologie utilise cette technique depuis près de 15 ans, et a permis de traiter plus de 1000 patientes à ce jour. La robotisation de la technique laparoscopique n'apporte aucun bénéfice et augmente les coûts.

*Lee R.K, Mottrie A, Payne C.K & Waltregny D. A Review of the Current Status of Laparoscopic and Robot-assisted Sacrocolpopexy for Pelvic Organ Prolapse. European urology, 2014; 65(6), 1128-1137.*

<http://hdl.handle.net/2268/167876>

## Département de Dentisterie

**Institut dentisterie – Prothèse fixe.** Les techniques de prothèse fixe conventionnelles de ponts et couronnes sur dents naturelles voient aujourd'hui leurs indications diminuer au profit de techniques plus respectueuses de l'organe dentaire et de son environnement. Celles-ci associent une réduction minimale des tissus amélo-dentinaires encore présents et la restauration de la dent grâce à une liaison physico-chimique performante et durable entre la restauration et le pilier. Ce type de traitement permet d'augmenter la durée de vie de la dent en réduisant significativement les complications biologiques et/ou de retarder son remplacement par un implant.

*Vanheusden A. Approche prothétique rationnelle et conservatrice d'usure dentaire avancée. 2014 ; Revue d'Odonto-Stomatologie [=ROS], 43(3), 251-268.*

<http://hdl.handle.net/2268/172020>

**Institut dentisterie – Prothèse amovible.** La santé bucco-dentaire est mauvaise chez les personnes âgées, qu'elles vivent à domicile, ou en milieu institutionnalisé. La prévalence des patients édentés totaux est presque toujours supérieure à 50 % et le nombre moyen de dents présentes en bouche, chez les patients dentés, est de dix. Cette situation a des conséquences sur la qualité de vie, la nutrition, les maladies cardiovasculaires et les pneumopathies des personnes âgées. Des mesures doivent être mises en place pour changer ce triste constat.

*Lamy M. La santé bucco-dentaire des personnes âgées. 2014 ; Revue Médicale de Liège.*

<http://hdl.handle.net/2268/169610>

## Département de Gynécologie-Obstétrique

**Gynécologie-Obstétrique.** La dissémination lymphatique des cellules tumorales représente une étape clé lors de la progression des néoplasies cervicales. Parallèlement au volume tumoral, le statut ganglionnaire (présence/absence de métastases) est un facteur pronostique de survie majeur, systématiquement diagnostiqué par les cliniciens afin de déterminer le choix de la stratégie thérapeutique à adopter. Cette étude a mis en évidence la présence d'un microenvironnement lymphangiogène favorable à la progression des néoplasies cervicales. Les résultats suggèrent également l'existence d'un dialogue entre les cellules tumorales et endothéliales lymphatiques pouvant induire une modification de la conformation spatiale du réseau vasculaire lymphatique.

*Balsat C, Signolle N, Goffin F, Delbecq K, Plancoulaine B, Sauthier P, Samouelian V, Beliard A, Munaut C, Foidart J.-M, Blacher S, Noël A & Kridelka F. Improved computer-assisted analysis of the global lymphatic network in human cervical tissues. Modern Pathology : An Official Journal of the United States & Canadian Academy of Pathology, Inc. 2014; 27(6), 887-98.*



**Gynécologie CHR.** Dans le cadre de l'étude du prolapsus vaginal, les propriétés histologiques de deux régions différentes de la paroi vaginale de patientes ont été analysées. Les densités des fibres collagènes, des fibres élastiques, des fibres musculaires lisses et des vaisseaux ont été mesurées. Cette analyse a permis de mettre en évidence une diminution significative de la densité d'élastine dans la région la plus prolabée du vagin par rapport à la région péricervicale. L'identification de régions plus vulnérables de la paroi vaginale pourrait permettre de mieux cibler et d'adapter les traitements chirurgicaux aux caractéristiques des tissus endommagés.

*de Landsheere L, Blacher S, Munaut C, Nusgens B, Rubod C, Noel A, Foidart J.M, Cosson M, Nisolle M. Changes in elastin density in different locations of the vaginal wall in women with pelvic organ prolapse*

*Int Urogynecol J, 2014 Dec; 25(12): 1673-81*

## Département de Médecine

**Diabétologie.** Face à une "épidémie" d'obésité et de son corollaire, le diabète de type 2, les traitements proposés doivent viser à améliorer le contrôle glycémique tout en faisant perdre du poids. Outre les modifications du style de vie, plusieurs approches pharmacologiques peuvent être envisagées. Pour limiter, à terme, le recours à la chirurgie bariatrique ou métabolique chez les patients obèses diabétiques de type 2, il conviendra de recourir à des combinaisons de médicaments dotés d'effets complémentaires ou synergiques, de façon à optimiser à la fois la perte de poids et l'amélioration du contrôle glycémique.

*Scheen A & Van Gaal L. Combating the dual burden: therapeutic targeting of common pathways in obesity and type 2 diabetes. 2014; The Lancet Diabetes & Endocrinology.*

*<http://hdl.handle.net/2268/164394>*

**Endocrinologie.** Le Professeur Beckers et son équipe ont identifié un nouveau syndrome (X-LAG pour X-Linked Acro-Gigantism) soit une forme de gigantisme liée au chromosome X. Cette forme de gigantisme conduit aux plus grands hommes du monde.

Ces travaux ont permis de décrire un nouveau syndrome, une nouvelle cause de FIPA (Familial Isolated Pituitary Adenomas), une nouvelle voie de régulation de l'hormone de croissance, un nouveau mécanisme génétique de tumeur hypophysaire et offrent de nouvelles perspectives thérapeutiques et de très nombreuses perspectives de recherche par rapport au gène identifié.

*Trivellin G\*, Daly A\*, Faucz F. R, Yuan B, Rostomyan L, Larco D. O, Scherthaner-Reiter M. H, Szarek E, Leal L. F, Caberg J.-H, Castermans E, Villa C, Dimopoulos A, Chittiboina P, Xekouki P, Shah N, Metzger D, Lysy P. A, Ferrante E, Strebkova N, Mazerkina N, Zatelli M.C, Lodish M, Horvath A, de Alexandre R. B, Manning A. D, Levy I, Keil M. F, Sierra M. D. L. L, Gonon Rodrigues Palmeira L, Coppeters W, Georges M, Naves L.A, Jamar M, Bours V, Wu T. J, Choong C. S, Bertherat J, Chanson P, Kamenicky P, Farrell W.E, Barlier A, Quezado M, Bjelobaba I, Stojilkovic S.S, Wess J, Costanzi S, Liu P, Lupski J.R, Beckers A & Stratakis C. A. Gigantism and Acromegaly Due to Xq26 Microduplications and GPR101 Mutation. 2014; The New England journal of medicine. <http://hdl.handle.net/2268/175302>*

**Gastro-entérologie.** Les maladies inflammatoires intestinales évoluent par périodes de poussée et de rémission. La décroissance thérapeutique chez un malade en rémission stable prolongée est actuellement testée dans différentes circonstances pour tenter d'optimiser le rapport bénéfice/risque. Le travail est une analyse ancillaire de l'étude STORI. Elle-i montre que le risque et le délai de la rechute est lié à la composition du microbiome après un arrêt de traitement par remicade dans la maladie de Crohn, associé à une quantité plus faible de Firmicutes.

*Rajca S, Grondin V, Louis E, Vernier-Massouille G, Grimaud J.C, Bouhnik Y, Laharie D, Dupas J.L, Pillant H, Picon L, Veyrac M, Flamant M, Savoye G, Jian R, Devos M, Paintaud G, Piver E, Allez M, Mary J.Y, Sokol H, Colombel J.-F & Seksik P. Alterations in the intestinal microbiome (dysbiosis) as a predictor of relapse after infliximab withdrawal in Crohn's disease. Inflammatory bowel diseases, 2014; 20(6), 978-86.*

*<http://hdl.handle.net/2268/177388>*

**Gériatrie.** La sarcopénie est un état musculaire associé au vieillissement dont l'impact fonctionnel et sur la qualité de vie paraît particulièrement important.



Il est dès lors fondamental de pouvoir estimer sa prévalence. Actuellement, celle-ci est variable en fonction des outils utilisés. Le challenge sera de définir un outil valide, fiable avec une bonne sensibilité et spécificité afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ce syndrome gériatrique.

*Beaudart C, Reginster J.Y, Slomian J, Dardenne N, Quabron A, Slangen C, Gillain S, Petermans J & Bruyère O. Estimation of sarcopenia prevalence using various assessment tools. Experimental Gerontology, 2014; 61, 31-37. <http://hdl.handle.net/2268/174358>*

**Hématologie clinique.** L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (greffe de moelle) est une arme efficace contre le traitement de nombreux cancers du sang, tels que les leucémies. De nombreux patients présentent toutefois une anémie prolongée après la greffe, favorisée notamment par un déficit relatif en érythropoïétine (EPO : facteur de croissance stimulant la fabrication de globules rouges). Cette étude prospective démontre que le traitement par EPO après allogreffe accélère la récupération des globules rouges et diminue les besoins transfusionnels.

*Jaspers A, Baron F, Willems E, Hafraoui K, Vanstraelen G, Bonnet C, & Beguin Y. Erythropoietin therapy after allogeneic hematopoietic cell transplantation: a prospective randomized trial. Blood, 2014; 124, 33-41. <http://hdl.handle.net/2268/167741>*

**Maladies infectieuses.** Cette publication est issue d'une collaboration entre plusieurs services médicaux du CHU, l'UCL et l'University College de Londres. Cette étude, réalisée dans le cadre de la pneumonie nosocomiale sévère chez des patients aux soins intensifs, a eu pour objectif de déterminer les concentrations du méropénème, antibiotique à large spectre, dans le sang et les poumons, afin de connaître son potentiel de diffusion au niveau du site de l'infection. Elle démontre que les concentrations sanguines et pulmonaires du méropénème sont meilleures en perfusion prolongée qu'en perfusion courte de même que la probabilité d'obtenir un effet antibactérien est significative.

*Frippiat F, Musuamba F T, Seidel L, Albert A, Denooz R, Charlier C, Van Bambeke F, Wallemacq P, Descy J, Lambermont B, Layios N, Damas P & Moutschen M. Modelled target attainment after meropenem infusion in patients with severe nosocomial*

*pneumonia: the promesse study. 2014; The Journal of antimicrobial chemotherapy. <http://hdl.handle.net/2268/172695>*

**Médecine appareil locomoteur.** Les tendinopathies patellaires, pathologies de surmenage, demeurent régulièrement rebelles aux traitements conservateurs. De nouveaux traitements sont en cours de développement, parmi lesquels le plasma riche en plaquettes (PRP) qui contiennent des facteurs de croissance susceptibles d'améliorer la cicatrisation tendineuse. Six millilitres de PRP ont été injectés chez vingt patients souffrant de tendinopathie patellaire proximale chronique. Ceux-ci ont ensuite fait l'objet de diverses évaluations et bénéficié d'une rééducation excentrique sous-maximale standardisée. Il en ressort qu'une infiltration locale de PRP, associée à un protocole excentrique sous-maximal, chez des patients non-répondeurs aux traitements conservateurs classiques, améliore les symptômes de tendinopathies patellaires chroniques.

*Kaux JF, Croisier J.L, Bruyere O, Rodriguez de la Cruz C, Forthomme B, Brabant G, Lapraille S, Lonneux V, Noel D, Le Goff C, Gotherot A, Collette J, Crielaard JM. One injection of platelet-rich plasma associated to a submaximal eccentric protocol to treat chronic jumper's knee. 2014; J Sports Med Phys Fitness.*

**Néphrologie.** La reconnaissance précoce du développement de l'insuffisance rénale aiguë est capitale aux Soins Intensifs pour permettre la prise de mesures afin d'en freiner l'importance. Cette insuffisance rénale aiguë allonge le séjour aux Soins Intensifs et majore fortement le coût des hospitalisations, sans compter le risque augmenté de mortalité hospitalière et pour certains le maintien d'une insuffisance rénale dialysée. L'identification d'un marqueur plus performant que la créatinine pourrait réduire cette situation dangereuse. Les résultats publiés avec la cystatine C sont neutres.

*Delanaye P, Cavalier E, Cristol J.P & Delanghe J. Calibration and precision of serum creatinine and plasma cystatin C measurement: impact on the estimation of glomerular filtration rate. Journal of Nephrology, 2014; 27(5), 467-75. <http://hdl.handle.net/2268/165612>*



### Département de Pédiatrie

**Neurologie.** Le diagnostic de la maladie de Parkinson est parfois difficile. Il pourrait être facilité par l'analyse de données de neuro-imagerie. Dans cet article, l'analyse de données de séquences de diffusion acquises par IRM montre des différences significatives entre patients et contrôles sains dans les régions où les lésions de la maladie de Parkinson prédominent classiquement. Ces résultats confirment l'intérêt de l'analyse objective de données de neuro-imagerie dans le diagnostic des maladies neuro-dégénératives.

*Ziegler E, Rouillard M, André E, Coolen T, Stender J, Balteau E, Phillips C & Garraux G. Mapping track density changes in nigrostriatal and extranigral pathways in Parkinson's disease. NeuroImage, 2014; 99, 498-508. <http://hdl.handle.net/2268/171173>*

**Oncologie médicale.** Les micro-ARN, ARN courts non codants, jouent un rôle primordial dans la régulation post-transcriptionnelle des gènes. Cette étude est la première à démontrer qu'une chimiothérapie pré-opératoire du cancer du sein module l'expression de micro-ARN qui sont potentiellement impliqués dans l'effet antitumoral de ce traitement.

*Freres Pet al. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer induces miR-34a and miR-122 expression J of Cellular Physiology.*

**Pneumologie.** Ce travail propose une nouvelle façon de classer les asthmatiques en se basant sur l'intensité de l'inflammation éosinophilique présente dans les voies aériennes et dans le sang. Il montre que 32% des patients ont une inflammation discordante entre les deux compartiments quand 20% ont une inflammation concordante, à la fois systémique et dans les voies aériennes. Ces derniers patients sont ceux qui présentent l'asthme le moins bien contrôlé et qui ont le plus tendance aux exacerbations.

*Schleich F, Chèvremont A, Paulus V, Henket M, Manise M, Seidel L & Louis R. Importance of concomitant local and systemic eosinophilia in uncontrolled asthma. The European respiratory journal, 2014; 44, 97-108.*

<http://hdl.handle.net/2268/167600>.

**Néonatalogie CHR Citadelle.** Pendant une période de plusieurs mois, une augmentation alarmante de faux positifs dans l'identification acidémie isovalérique sur le dépistage néonatal systématique fait à 72 heures de vie a été constatée. Une administration exogène de pivalate a été précédemment identifiée comme étant la cause de cette fausse positivité. Il n'existe aucun médicament contenant un précurseur d'ester de l'acide pivalique en Belgique, mais les dérivés pivaliques sont aussi utilisés dans l'industrie cosmétique comme émoullient sous le terme «néopentanoate». Or, des esters de néopentanoate ont été identifiés dans un onguent utilisé pour les crevasses des mamelons fourni aux jeunes mères en maternité. Dès l'arrêt de la distribution de ce produit, plus aucun faux positif en C5-carnitine n'a été constaté.

*Boemer F, Schoos R, de Halleux V, Kalenga M & Debray F.G. Surprising causes of C5-carnitine false positive results in newborn screening. Molecular genetics and metabolism, 2014; 111(1), 52-4.*

<http://hdl.handle.net/2268/161601>

**Pédiatrie.** Les perturbateurs endocriniens sont des substances exogènes qui interfèrent avec le système hormonal. En modifiant le climat hormonal dans lequel se développent le fœtus et le nouveau-né, l'exposition aux perturbateurs endocriniens peut interférer avec la mise en place du contrôle de la balance énergétique et du contrôle de la reproduction. Elle peut aussi altérer le développement du cerveau et accroître le risque de néoplasies hormono-dépendantes. Cette publication revoit les effets de l'exposition précoce aux perturbateurs endocriniens sous l'angle de l'origine fœtale des pathologies de l'adulte. Elle souligne que de telles perturbations impliquent des modifications épigénétiques et illustrent l'influence de l'environnement sur l'expression du code génétique individuel.

*Fudvoye J, Bourguignon J.P & Parent A.S. Endocrine-disrupting chemicals and human growth and maturation: a focus on early critical windows of exposure.*

*Vitamins and hormones, 2014; 94, 1-25.*

<http://hdl.handle.net/2268/176611>

## Département de Physique médicale

**Radiodiagnostic.** La relation entre les propriétés biomécaniques et les activités biologiques dans les anévrismes de l'aorte a été étudiée avec des simulations par éléments finis (FES) et tomographie par émission de positrons (PET) au 18F-fluoro-désoxyglucose (18F-FDG). Cette recherche suggère que la fixation accrue de 18F-FDG PET dans les anévrismes de l'aorte est étroitement liée à la localisation de l'anévrisme, au stress biomécanique pariétal tel que défini par FES et aux facteurs de risque personnels et héréditaires du patient.

*Nchimi Longang A, Cheramy-Bien J.-P, Gasser T. C, Namur G, Gomez P, Seidel L, Albert A, Defraigne J-O, Labropoulos N & Sakalihan N. Multifactorial Relationship Between 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose Positron Emission Tomography Signaling and Biomechanical Properties in Unruptured Aortic Aneurysms. Circulation. Cardiovascular imaging, 2014; 7, 82-91.  
<http://hdl.handle.net/2268/161909>*

**Médecine nucléaire.** Dans cet article, un consortium international auquel est associé le CHU de Liège, émet des recommandations concernant la réalisation et l'interprétation de l'imagerie métabolique par PET/CT au FDG dans les lymphomes. Dans un second article, publié dans le même numéro, un consortium clinique émet des recommandations concernant les indications du PET/CT au FDG dans ces pathologies. Les 2 articles définissent ainsi un consensus envisagent tous les aspects de cette technique d'imagerie dans cette pathologie complexe.

*Barrington S.F, Mikkhaeel N.G, Kostakoglu L, Meignan M, Hutchings M, Mueller, S.P, Schwartz L.H, Zucca E, Fisher R.I, Trotman J, Hoekstra O.S, Hicks R.J, O'Doherty M.J, Hustinx R, Biggi A & Cheson B. D. Role of Imaging in the Staging and Response Assessment of Lymphoma : Consensus of the International Conference on Malignant Lymphomas Imaging Working Group. 2014; Journal of Clinical Oncology.  
<http://hdl.handle.net/2268/171841>*

**Radiothérapie.** Le management de la qualité et du risque devient une priorité en matière de santé publique. Le service de radiothérapie a entamé une démarche de management global de la qualité sur base du modèle EFQM (European Foundation for Quality Management). Celui-ci, essentiellement basé sur une auto-évaluation et un audit externe, aborde tous les aspects de l'organisation (leadership, stratégie, processus, ressources humaines et partenaires) et vise à son amélioration continue. Cette initiative a permis au service, outre de progresser, de recevoir quatre prix du Mouvement Wallon pour la Qualité.

*Coucke P, Boga D, Lenaerts E & Delgaudine M. From reporting incidents in a radiation therapy department to enterprise risk management (ERM) based on the European Foundation for Quality Management philosophy (EFQM). International Journal of Healthcare Technology & Management, 2014; 7(2), 127-131.  
<http://hdl.handle.net/2268/169479>*

## Unilab

**Anatomie pathologique.** L'infection par certains types oncogènes de papillomavirus humain (HPV) représente la cause principale des cancers ano-génitaux. Récemment, il a été mis en évidence une petite population cellulaire qui joue un rôle essentiel dans la grande majorité des cancers associés aux HPV. Notre travail montre que cette découverte offre de nouvelles potentialités dans la prévention et/ou le traitement du cancer du col utérin en permettant notamment d'évaluer le risque d'évolution maligne des lésions précancéreuses cervicales.

*Hers M, Somja J, Howitt B. E, Suarez-Carmona M, Kustermans G, Hubert P, Doyen J, Goffin F, Kridelka F, Crum C. P & Delvenne P. Unique recurrence patterns of cervical intraepithelial neoplasia following excision of the squamo-columnar junction. International journal of cancer. Journal international du cancer, 2014.  
<http://hdl.handle.net/2268/168790>*



**Chimie médicale.** La lithiase urinaire, ou calcul rénal, est une pathologie fréquente. Cet article décrit l'épidémiologie de la lithiase en Belgique à partir d'une banque de données regroupant les calculs urinaires de plusieurs hôpitaux liégeois.

*Castiglione V, Jouret F, Bruyère O, Dubois B, Thomas A, Waltregny D, Bekaert A.-C., Cavalier E & Gadisseur R. Epidemiology of urolithiasis in Belgium on the basis of a morpho-constitutional classification. Néphrologie & Thérapeutique, 2014; 14, 632-4. <http://hdl.handle.net/2268/176234>*

**Dermato-pathologie.** La nécrolyse épidermique toxique (NET) est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse responsable de la destruction complète de l'épiderme et du décès de 30% des patients en quelques semaines. Des études histopathologiques préalables avaient démontré les rôles importants d'une cytokine pro-inflammatoire appelée TNF-alpha et d'espèces réactives de l'oxygène créant « un stress oxydant ». 10 patients atteints de NET ont été traités par perfusions combinées d'un anticorps anti-TNF-alpha (infiximab) et d'une molécule antioxydante (acétylcystéine). Les résultats cliniques et histopathologiques n'ont pas permis de démontrer un bénéfice en termes de morbidité et de mortalité. Cette étude originale incite à abandonner ces types de traitement, proposés par d'autres équipes. Elle modifie aussi la perception des mécanismes impliqués dans le processus pathologique.

*Paquet P, Jennes S, Rousseau A.-F, Libon F, Delvenne, P & Pierard G. Effect of N-acetylcysteine combined with infliximab on toxic epidermal necrolysis. A proof-of-concept study. Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries. 2014; 40(8):1707-12 <http://hdl.handle.net/2268/167514>*

**Génétique.** Les glioblastomes sont les tumeurs malignes cérébrales les plus fréquentes et avec une rechute importante malgré un traitement associant chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Cet article démontre, in vitro et in vivo, que, en réponse à l'irradiation, une protéine (la connexine 30) protègeait les cellules cancéreuses des dommages et de la mortalité induites par la radiothérapie. Le mauvais pronostic des patients dont la tumeur exprime la connexine 30 est donc probablement lié à

une résistance à la radiothérapie et les mécanismes moléculaires contrôlant l'expression et l'activité de cette protéine pourraient constituer des cibles thérapeutiques.

*Artesi M, Kroonen J, Bredel M, Nguyen-Khac M, Deprez M, Schoysman, L, Poulet C, Chakravarti A, Kim H, Scholtens D, Seute T, Rogister B, Bours V & Robe P. Connexin 30 expression inhibits growth of human malignant gliomas but protects them against radiation therapy. 2014; Neuro-oncology. <http://hdl.handle.net/2268/174869>*

**Hématologie biologique et Immuno-hématologie.** Cet article met en évidence les difficultés rencontrées au laboratoire pour le diagnostic de certains cas de myélome multiple, un cancer hématologique fréquent chez le sujet âgé. La morphologie particulière des cellules tumorales prélevées dans la moelle osseuse est illustrée en corrélation avec l'expression aberrante de marqueurs présents sur la membrane cellulaire.

*Keutgens A, Foguene J, Gothot A & Tassin F. Atypical plasma cells with coexpression of myeloid markers and bundles of Auer rod-like inclusions. 2014; International journal of laboratory hematology. <http://hdl.handle.net/2268/176409>*

**Microbiologie médicale.** Depuis une quarantaine d'années, les streptocoques du groupe B (GBS) se sont imposés et restent la première cause d'infections sévères chez les nouveau-nés.

En 2003, un groupe d'experts « GBS », composé de microbiologistes, de néonatalogues et de gynécologues, s'est réuni afin de faire une proposition consensuelle à recommander dans les différents pays européens.

Cet article reprend la genèse de cette problématique, les bénéfices et inquiétudes associés aux diverses stratégies de prévention, ainsi qu'une proposition de recommandations.

*Di Renzo G. C, Melin P, Berardi A, Blennow M, Carbonell-Estrany X, Donzelli G.P, Hakansson S, Hod H, Hughes R, Kurtzer M, Poyart C, Shinwell E, Stray-Pedersen B, Wielgos M & El Helali N. Intrapartum GBS screening and antibiotic prophylaxis: a European consensus conference. 2014, 26; August The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medecine, 1-17. <http://hdl.handle.net/2268/178381>*



**Toxicologie clinique.** Dans le cadre des projets européens Cophes et Democophes, différents biomarqueurs de polluants environnementaux ont été mesurés chez des enfants belges et leur maman, dont le mercure dans les cheveux et le cadmium urinaire. Si ces deux métaux ont été détectés positivement dans plus de 80% des échantillons, les concentrations retrouvées restaient inférieures à la plupart des limites de référence internationales. Néanmoins, 9% des échantillons capillaires analysés montraient un niveau de mercure supérieur à la valeur de référence américaine. Les concentrations en mercure étaient d'autant plus importantes que les participants consommaient du poisson et qu'ils possédaient des amalgames dentaires. Les niveaux de cadmium augmentaient significativement avec l'âge, et étaient plus importants chez les participants habitant en milieu urbain.

*Pirard C, Koppen G, De Cremer K, Van Overmeire I, Govarts E, Dewolf M. C, Van De Mierop E, Aerts D, Biot P, Casteleyn L, Kolossa-Gehring M, Schwedler G, Angerer J, Koch H.M, Schindler B. K, Castano A, Esteban M, Schoeters G, Den Hond E, Sepai O, Exley K, Horvat M, Bloemen L, Knudsen L.E, Joas R, Joas A, Van Looc J & Charlier C. Hair Mercury and urinary cadmium levels in Belgian children and their mothers within the framework of the cophes/democophes projects. *Science of the Total Environment*, 2014; 472, 730-740.*

<http://hdl.handle.net/2268/159659>

**Service des Informations Médico-Economiques.** Les nouvelles recommandations conjointes de la Société Européenne de Cardiologie et de l'Association Européenne pour la Chirurgie Cardio-Thoracique mettent en exergue le bénéfice thérapeutique de la revascularisation myocardique chez les patients souffrant de maladie coronarienne. Les auteurs ont réalisé une large analyse systématique, incluant 100 études randomisées avec un total de 93.553 patients et 262.090 patients-années. Les résultats montrent que, chez les patients souffrant de maladie coronarienne stable, le pontage aorto-coronaire diminue le risque de décès, d'infarctus myocardique et de revascularisation répétée, tandis que, comparativement au traitement médical, les stents enrobés de nouvelle génération – mais pas les autres techniques de revascularisation percutanée – augmentent la survie.

Ces recommandations concernent l'ensemble du traitement de la maladie coronarienne, incluant la prise en charge des patients souffrant d'angor stable ou de syndrome coronarien aigu, ainsi que des patients souffrant de pathologies associées (diabète, insuffisance rénale, lésions carotidiennes ou artérielles périphériques, valvulopathies). Les recommandations portent sur toutes les options thérapeutiques, depuis les aspects techniques de l'implantation des stents ou de la réalisation des pontages coronaires au choix des modalités d'imagerie, ainsi que de l'évaluation du risque pré-interventionnel au suivi à long terme des patients.

*Kolh P, Windecker S, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, Filippatos G, Hamm C, Head SJ, Juni P, Kappetein AP, Kastrati A, Knuuti J, Landmesser U, Laufer G, Neumann FJ, Richter DJ, Schauerte P, Sousa Uva M, Stefanini GG, Taggart DP, Torracca L, Valgimigli M, Wijns W, Witkowski A, Zamorano JL, Achenbach S, Baumgartner H, Bax JJ, Bueno H, Dean V, Deaton C, Erol C, Fagard R, Ferrari R, Hasdai D, Hoes AW, Kirchhof P, Knuuti J, Kolh P, Lancellotti P, Linhart A, Nihoyannopoulos P, Piepoli MF, Ponikowski P, Sirnes PA, Tamargo JL, Tendera M, Torbicki A, Wijns W, Windecker S, Sousa Uva M, Achenbach S, Pepper J, Anyanwu A, Badimon L, Bauersachs J, Baumbach A, Beygui F, Bonaros N, De Carlo M, Deaton C, Dobrev D, Dunning J, Eeckhout E, Gielen S, Hasdai D, Kirchhof P, Luckraz, H, Mahrholdt H, Montalescot G, Paparella D, Rastan AJ, Sanmartin M, Sergeant P, Silber S, Tamargo J, Ten Berg J, Thiele H, van Geuns RJ, Wagner HO, Wassmann S, Wendler O, Zamorano JL. 2014 European Society of Cardiology (ESC)/ European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Guidelines on myocardial revascularization.. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2014; 46, 4, 517-592.*

<http://hdl.handle.net/2268/172753>



# UNE ANNÉE EN IMAGES

**Mars 2014 :**

**Emmanuelle Béart au Festival ImagéSanté**



Le Festival ImagéSanté a fêté son vingtième anniversaire. Avec une marraine de classe internationale puisque c'est Emmanuelle Béart en personne qui a assisté au festival liégeois, à la plus grande joie des participants et du Pr. Philippe Kolh qui a salué la fidélité des partenaires et la réputation du festival qui ne cesse de croître. Rendez-vous en mars 2016.

**Juillet 2014 :**

**deux psychologues du CHU chez le Dr Mukwege**



Mireille Monville et Céline Wertz sont allées prêter main forte au Dr Denis Mukwege à Panzi (RD Congo). Le Dr Mukwege a monté un centre de soins qui vient en aide aux victimes de mutilations sexuelles lourdes. Les deux psychologues liégeoises ont apporté leur savoir faire en matière d'accompagnement des victimes. Un programme de formation pour la création d'une clinique psychologique du trauma est en cours.

**Juillet 2014 : le GISEH fait escale à Liège**



Le GISEH, c'est la Conférence francophone de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers. L'hôpital est-elle une entreprise comme les autres ? Le CHU et l'ULg ont invité les experts du monde francophone pour échanger sur des sujets aussi passionnants que « comment faire cohabiter une donnée non-marchandisable (la santé) avec des exigences de management ? Le GISEH 2016 se tiendra à Casablanca.

**Août 2014 : le CHU de Liège et la guerre 1914-1918**



Toutes les forces vives liégeoises se sont unies pour participer à la commémoration du début de la Première Guerre Mondiale qui s'est ouverte à Liège. Le CHU a participé à l'effort de sensibilisation en apposant dans la grande verrière une immense bache commémorative. Ce nouvel espace d'affichage est réservé aux actions « sociétales » du CHU, 18.500 personnes passant dans la grande verrière tous les jours.

**Septembre 2014 : Inauguration de la nouvelle polyclinique d'Aywaille**



La polyclinique d'Aywaille a fait peau neuve. Elle rejoint un tout nouveau bâtiment qui jouxte la maison des médecins généralistes aqualiens, rue de Septroux. Elle symbolise une collaboration intéressante avec les généralistes, comme le faisaient remarquer Julien Compère, Administrateur délégué du CHU de Liège, et le député-bourgmestre d'Aywaille Philippe Dodrimont lors des discours d'inauguration.

**Octobre 2014 : Bouli Lanners au « Restart a Heart Day » aux Guillemins**



Grande opération de sensibilisation aux gestes cardiaques qui sauvent, le « Restart a Heart Day » s'est tenu le 16 octobre ; les urgentistes du CHU, emmenés par le Pr. Lucien Bodson, ont formé les usagers de la gare de Liège Guillemins pendant toute une après-midi, heure de pointe comprise. L'acteur-réalisateur Bouli Lanners en a profité pour peaufiner sa technique des premiers gestes qui sauvent.

**Octobre 2014 : L'hôpital psychiatrique « La Clé » débute une nouvelle vie**



Après trois ans de travaux, la Clé (Bld de la Constitution) a été inaugurée en présence de Mme Laurette Onkelinx. Les espaces de vie ont été repensés pour accueillir au mieux les patients souffrant de burn-out, dépendances, dépression, troubles psychosomatiques ou troubles psychotiques. Alternative à l'hospitalisation, La Clé accueille des personnes en souffrance pour des périodes allant de six semaines à trois mois.

**Décembre 2014 : le Pr. Beckers perce le secret des géants**



12 pages dans le « New England Journal of Medecine » (Boston), le premier journal médical mondial, le Pr. Beckers n'a pas fait dans le détail. Il y explique le résultat des recherches sur quelque 200 géants à travers le monde. Une passion depuis 30 ans. Chez les géants, un gène est dupliqué et agit sur l'hormone de croissance. C'est le GPR 101. L'homme le plus grand du monde mesurait 2m70 et ne passait pas les portes...



# COMPTES ANNUELS 2014

## ANALYSE 2014

Les éléments du bilan soulignent que la situation du CHU reste saine. Le ratio entre les fonds propres bruts et le pied de bilan atteint 47,57%.

Le cash-flow, qui représente notre capacité d'investissement, est de 35.293 milliers d'euros. Le volume des immobilisations corporelles est passé de 128.841,45 milliers d'euros en 2013 à 143.004,18 milliers d'euros en 2014.

Cette évolution est à mettre en relation avec le volume d'investissements réalisé en 2014 qui atteint 33.730 milliers d'euros.

L'exercice 2014 se clôture par un résultat à affecter de 10.768,94 milliers d'euros soit 2.429,26 milliers d'euros de plus que 2013. Ce résultat positif s'explique à la fois par une croissance des produits mais également par la maîtrise des charges.

Les produits d'exploitation s'élèvent à 524.102,72 milliers d'euros. Ce qui représente une progression de 3,3 % par rapport à 2013.

Le chiffre d'affaires réalisé est de 471.801,03 milliers d'euros. On notera une évolution des honoraires de 10.860,19 milliers d'euros par rapport à 2013, soit une progression de 5% et l'évolution du BMF (Budget des moyens financiers) qui est égale à 3%.

Par rapport aux charges d'exploitation, on constate une maîtrise des coûts liés aux rémunérations et charges sociales qui augmentent de 1,5% entre 2014 et 2013. Les charges liées aux services et fournitures accessoires augmentent de 3,4 % soit +3.136,74 milliers d'euros dont la principale explication est l'évolution des coûts liés aux rétributions des médecins indépendants + 1.947,14 milliers d'euros.

Ce résultat permet d'augmenter les fonds propres et de respecter les obligations de l'institution en termes de contrat de gestion et vis-à-vis de l'accord relatif aux titres repas.

## Bilan au 31 décembre 2014 - comparatif 2013/2014

(en milliers d'euros)

ACTIF	Codes	31/12/13	31/12/14	ECART
<b>ACTIFS IMMOBILISES</b>	<b>20/28</b>	<b>139.738,79</b>	<b>153.719,71</b>	<b>13.980,92</b>
<b>I. Frais d'établissement</b>	<b>20</b>			
<b>II. Immobilisations incorporelles</b>	<b>21</b>		<b>454,84</b>	<b>454,84</b>
<b>III. Immobilisations corporelles</b>	<b>22/27</b>	<b>128.841,45</b>	<b>143.004,18</b>	<b>14.162,73</b>
A. Terrains et constructions	22	81.750,81	85.633,02	3.882,21
B. Matériel d'équipement médical	23	32.073,59	38.470,46	6.396,87
C. Matériel d'équipement non médical et mobilier	24	12.919,58	13.809,82	890,24
D. Immobilisations en location financement	25	5,90	2,95	-2,95
E. Autres immobilisations corporelles	26			
F. Immobilisations corporelles en cours et acomptes versés	27	2.091,58	5.087,93	2.996,36
<b>IV. Immobilisations financières</b>	<b>28</b>	<b>10.897,34</b>	<b>10.260,68</b>	<b>-636,66</b>
<b>ACTIFS CIRCULANTS</b>	<b>29/58</b>	<b>260.156,61</b>	<b>298.382,29</b>	<b>38.225,68</b>
<b>V. Créances à plus d'un an</b>	<b>29</b>	<b>2.484,16</b>	<b>2.547,42</b>	<b>63,25</b>
A. Créances pour prestations	290			
B. Autres créances	291	2.484,16	2.547,42	63,25
<b>VI. Stocks et commandes en cours d'exécution</b>	<b>3</b>	<b>9.306,41</b>	<b>9.036,59</b>	<b>-269,82</b>
A. Approvisionnements	31	9.306,41	9.036,59	-269,82
B. Acomptes versés sur achats pour stocks	36			
C. Commandes en cours d'exécution	37			
<b>VII. Créances à un an et plus</b>	<b>40/41</b>	<b>160.870,62</b>	<b>173.368,53</b>	<b>12.497,90</b>
A. Créances pour prestations	40	137.106,82	142.755,48	5.648,66
1. Patients	400	33.118,71	30.327,64	-2.791,07
2. Organismes assureurs	402	62.643,42	69.262,75	6.619,33
3. Montants de rattrapage	403	10.659,53	11.193,91	534,38
4. Produits à recevoir	404	48.737,89	51.177,88	2.439,99
5. Autres créances	406/409	-18.052,73	-19.206,70	-1.153,97
B. Autres créances	41	23.763,80	30.613,04	6.849,24
1. Médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux	415			
2. Autres	41x	23.763,80	30.613,04	6.849,24
<b>VIII. Placements de trésorerie</b>	<b>51/53</b>	<b>26.304,44</b>	<b>3.643,93</b>	<b>-22.660,51</b>
<b>IX. Valeurs disponibles</b>	<b>54/58</b>	<b>60.037,41</b>	<b>107.454,41</b>	<b>47.417,00</b>
<b>X. Comptes de régularisation</b>	<b>490/1</b>	<b>1.153,57</b>	<b>2.331,42</b>	<b>1.177,85</b>
<b>Total de l'Actif</b>	<b>20/58</b>	<b>399.895,40</b>	<b>452.102,00</b>	<b>52.206,60</b>

PASSIF	Codes	31/12/13	31/12/14	Ecart
<b>1. Capitaux propres</b>	<b>10 / 15-18</b>	<b>202.861,59</b>	<b>215.086,64</b>	<b>12.225,06</b>
<b>I. Dotations apports et dons en capital</b>	<b>10</b>	<b>28.018,75</b>	<b>30.151,75</b>	<b>2.133,00</b>
<b>II. Plus-values et réévaluation</b>	<b>12</b>			
<b>III. Réserves</b>	<b>13</b>	<b>168.271,23</b>	<b>179.040,17</b>	<b>10.768,94</b>
A. Réserve légale	130			
B. Réserves indisponibles	131			
C. Réserves disponibles	133	168.271,23	179.040,17	10.768,94
<b>IV. Résultat reporté</b>	<b>14</b>			
<b>V. Subsidés d'investissement</b>	<b>15</b>	<b>6.571,60</b>	<b>5.894,71</b>	<b>-676,89</b>
<b>VI. Primes de fermeture</b>	<b>18</b>			
<b>VII. Provisions pour risques et charges</b>	<b>16</b>	<b>32.181,63</b>	<b>38.242,51</b>	<b>6.060,88</b>
1. Provisions pour pensions et obligations similaires	160	28.499,87	31.877,27	3.377,40
2. Provisions pour gros travaux d'entretien	162			
3. Provisions pour arriérés de rémunérations	163			
4. Provisions pour autres risques et charges	164/169	3.681,76	6.365,24	2.683,48
<b>Dettes</b>	<b>17/49</b>	<b>164.852,19</b>	<b>198.772,85</b>	<b>33.920,66</b>
<b>VIII. Dettes à plus d'un an</b>	<b>17</b>	<b>21.212,06</b>	<b>20.447,65</b>	<b>-764,41</b>
A. Dettes financières	170/4	12.802,51	12.129,59	-672,92
1. Emprunts subordonnés	170			
2. Emprunts obligataires non subordonnés	171			
3. Dettes location financement et assimilées	172			
4. Etablissements de crédit	173	12.802,51	12.129,59	-672,92
5. Autres emprunts	174			
B. Dettes relatives aux achats de biens et services	175			
C. Avances SPF Santé publique	177	3.423,41	3.423,41	0,00
D. Cautionnements reçus en numéraire	178			
E. Dettes diverses	179	4.986,14	4.894,65	-91,49
<b>IX. Dettes à un an au plus</b>	<b>42/48</b>	<b>130.373,37</b>	<b>161.322,97</b>	<b>30.949,59</b>
A. Dettes à + d'un an échéant dans l'année	42	642,67	672,92	30,25
B. Dettes financières	43	12,17	5,61	-6,56
1. Etablissements de crédit	430/4	12,17	5,61	-6,56
2. Autres emprunts	435/9			
C. Dettes courantes	44	52.092,13	74.535,08	22.442,95
1. Fournisseurs	440/4	38.364,21	59.473,43	21.109,22
2. Médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux	445	13.727,91	15.061,65	1.333,73
3. Dettes courantes diverses	449			
D. Acomptes reçus	46	213,36	167,95	-45,41
E. Dettes fiscales, salariales et sociales	45	52.932,26	59.061,37	6.129,11
1. Impôts	450/3	9.747,26	10.496,48	749,22
2. Rémunérations et charges sociales	454/9	43.185,00	48.564,89	5.379,89
F. Autres dettes	47/48	24.480,79	26.880,04	2.399,25
1. Dettes découlant de l'affectation du résultat	47			
2. Dépôts patients reçus en numéraire	481			
3. Cautionnement	488	5,61	6,64	1,03
4. Autres dettes diverses	489	24.475,18	26.873,40	2.398,22
<b>X. Comptes de régularisation</b>	<b>492/3</b>	<b>13.266,75</b>	<b>17.002,23</b>	<b>3.735,48</b>
<b>Total du passif</b>	<b>10 / 49</b>	<b>399.895,40</b>	<b>452.102,00</b>	<b>52.206,60</b>

Compte de résultats (en milliers d'euros)	Codes	31/12/13	31/12/14	Ecart
<b>I. Produits d'exploitation</b>	<b>70/74</b>	<b>507.498,39</b>	<b>524.102,72</b>	<b>16.604,33</b>
A. Chiffre d'affaires	70	459.042,74	471.801,03	12.758,29
1. Prix de la journée d'hospitalisation	700	152.061,53	156.628,36	4.566,83
2. Rattrapage estimé de l'exercice en cours	701	102,99	-1.445,18	-1.548,17
3. Suppléments de chambre	702	1.013,83	1.042,63	28,80
4. Forfaits conventions I.N.A.M.I	703	20.828,87	18.162,17	-2.666,69
5. Produits accessoires	704	2.336,31	2.495,20	158,89
6. Produits pharmaceutiques et assimilés	705	72.788,90	74.147,35	1.358,45
7. Honoraires	708/709	209.910,32	220.770,51	10.860,19
B. Production immobilisée	72			
C. Autres produits d'exploitation	74	48.455,64	52.301,68	3.846,04
1. Subsidés d'exploitation	740			
2. Autres	742/9	48.455,64	52.301,68	3.846,04
<b>II. Coût des produits d'exploitation (-)</b>	<b>60/64</b>	<b>503.889,36</b>	<b>516.458,55</b>	<b>12.569,19</b>
A. Approvisionnements et fournitures	60	105.582,98	107.277,71	1.694,74
1. Achats	600/8	105.706,37	106.947,23	1.240,86
2. Variation des stocks (augmentation +, réduction -)	609	-123,39	330,48	453,87
B. Services et fournitures accessoires	61	91.890,64	95.027,37	3.136,74
1. Autres services et fournitures accessoires	610/616	56.510,24	58.694,22	2.183,98
2. Personnel intérimaire et personnel mis à disposition de l'hôpital	617	3.639,37	2.644,98	-994,39
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 de médecins, dentistes, personnel soignant et paramédical	619	31.741,03	33.688,17	1.947,14
C. Rémunérations, charges sociales et pensions	62	276.045,74	280.116,45	4.070,71
1. Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel médical	620 0	62.390,41	63.542,82	1.152,40
2. Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel autre	620 x	153.671,71	155.715,23	2.043,51
3. Cotisations patronales d'assurances sociales du personnel médical	621 0	11.856,36	12.106,99	250,63
4. Cotisations patronales d'assurances sociales du personnel autre	621 x	43.182,31	43.809,85	627,55
5. Primes patronales pour assurances extralégales du personnel médical	622 0			
6. Primes patronales pour assurances extralégales du personnel autre	622 x			
7. Autres frais de personnel du personnel médical	623 0	-724,90	-71,96	652,93
8. Autres frais de personnel du personnel autre	623 x	4.268,21	4.334,59	66,38
9. Pensions de retraite et de survie du personnel médical	624 0	158,14	152,53	-5,61
10. Pensions de retraite et de survie du personnel autre	624 x			0,00
11. Provisions salariales du personnel médical	625 0	72,98	321,36	248,38
12. Provisions salariales du personnel autre	625 x	1.170,50	205,04	-965,46
D. Amortissements et réductions de valeur sur frais d'établissement, sur immobilisations incorporelles et corporelles	630	18.907,89	18.629,84	-278,04
E. Autres réductions de valeur	631/4	416,91	1.140,75	723,84
F. 1. Provisions pour pensions et obligations similaires	635	0,72	-106,07	-106,79
2. Provisions pour grosses réparations, gros entretiens et autres risques	636/637	5.588,56	8.302,95	2.714,38
G. Autres charges d'exploitation	64	5.455,94	6.069,56	613,62
1. Impôts et taxes relatives à l'exploitation	640	703,95	261,60	-442,34
2. Autres charges d'exploitation	642/8	4.751,99	5.807,95	1.055,96
3. Charges d'exploitation portées à l'actif au titre de frais de restructuration	649			
<b>III Bénéfice d'exploitation (+)</b>	<b>70/64</b>	<b>3.609,03</b>	<b>7.644,17</b>	<b>4.035,14</b>
<b>Perte d'exploitation (-)</b>	<b>64/70</b>			

Compte de résultats (en milliers d'euros)	Codes	31/12/13	31/12/14	Ecart
<b>IV Produits financiers</b>	<b>75</b>	<b>2.183,23</b>	<b>2.026,14</b>	<b>-157,09</b>
A. Produits des immobilisations financières	750			
B. 1. Produits des actifs circulants	751	534,00	426,80	-107,20
2. Plus-values sur réalisation d'actifs circulants	752			
C. Subsidés en capital et intérêts	753	692,40	676,89	-15,52
D. Autres produits financiers	754/759	956,83	922,46	-34,37
<b>V. Charges financières (-)</b>	<b>65</b>	<b>1.179,58</b>	<b>1.156,91</b>	<b>-22,67</b>
A. Charges des emprunts d'investissement	650	648,11	607,95	-40,16
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			
D. Différences de change, écarts de conversion des devises	654/5			
E. Charges des crédits à court terme	656			
F. Autres charges financières	657/9	531,47	548,97	17,49
<b>VI. Bénéfice courant (+)</b>	<b>70/65</b>	<b>4.612,67</b>	<b>8.513,40</b>	<b>3.900,72</b>
Perte courante (-)	65/70			
<b>VII. Produits exceptionnels</b>	<b>76</b>	<b>4.857,89</b>	<b>3.903,15</b>	<b>-954,74</b>
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			
C. Reprises de provisions pour risques et charges exceptionnels	762			
D. Plus-values sur réalisation d'actifs immonobilisés	763			
E. Autres produits exceptionnels	764/8	2,17	2,11	-0,05
F. Produits afférents aux exercices antérieurs	769	4.855,73	3.901,04	-954,69
<b>VIII. Charges exceptionnelles (-)</b>	<b>66</b>	<b>1.130,89</b>	<b>1.647,60</b>	<b>516,72</b>
A. Amortissements et réductions de valeur exceptionnels sur frais d'établissement, sur immobilisations incorporelles et corporelles	660			
B. Réductions de valeur sur immobilisations financières	661		638,52	638,52
C. Provisions pour risques et charges exceptionnels	662			
D. Moins-values sur réalisations d'actifs immobilisés	663			
E. Autres charges exceptionnelles de l'exercice	664/8	0,08	71,27	71,18
F. Charges afférentes aux exercices antérieurs	669	1.130,80	937,82	-192,99
<b>IX Bénéfice de l'exercice (+)</b>	<b>70/66</b>	<b>8.339,68</b>	<b>10.768,94</b>	<b>2.429,26</b>
Perte de l'exercice (-)	66/70			
<b>Affectations et prélèvements</b>	<b>Codes</b>	<b>31/12/13</b>	<b>31/12/14</b>	
<b>A. Bénéfice à affecter (+)</b>	<b>70/69</b>	<b>8.339,68</b>	<b>10.768,94</b>	
Perte à affecter (-)	69/70			
1. Bénéfice de l'exercice à affecter (+)	70/66	8.339,68	10.768,94	
Perte de l'exercice à affecter (-)	66/70			
2. Bénéfice reporté de l'exercice précédent (+)	790			
Perte reportée de l'exercice précédent (-)	690			
<b>B. Prélèvements sur les capitaux propres</b>	<b>791/2</b>			
1. Sur dotations, apports et dons en capital	791			
2. Sur les réserves	792			
<b>C. Dotations aux réserves (-)</b>	<b>691/2</b>	<b>8.339,68</b>	<b>10.768,94</b>	
<b>D. Résultat à reporter</b>				
1. Bénéfice à reporter (-)	693			
2. Perte à reporter (+)	793			
<b>E. Interventions de tiers dans la perte</b>	<b>794</b>			

## Annexes au bilan arrêté au 31 décembre 2014

## 1. Etat des frais d'Établissement et des immobilisations incorporelles et financières

(en milliers d'euros)

	Codes	Frais d'établissement (rubrique 20)	Immobilisations incorporelles (rubrique 21)	Immobilisations financières (rubrique 28)
<b>A) Valeur d'acquisition</b>				
Au terme de l'exercice précédent		18.612,25	2.875,48	11.227,22
Mutations de l'exercice (+)		0,00	454,85	1,98
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	0,10
<b>Au terme de l'exercice</b>		<b>18.612,25</b>	<b>3.330,33</b>	<b>11.229,20</b>
<b>B) Plus-values</b>				
Au terme de l'exercice précédent		0,00	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (+)		0,00	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	0,00
<b>Au terme de l'exercice</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>C) Amortissements et red. Valeurs</b>				
Au terme de l'exercice précédent (-)		18.612,25	2.875,48	330,00
Mutations de l'exercice (+)		0,00	0,00	638,51
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	0,00
<b>Au terme de l'exercice</b>		<b>18.612,25</b>	<b>2.875,48</b>	<b>968,51</b>
<b>D) Montants non appelés</b>				
Au terme de l'exercice précédent (-)				
Mutations de l'exercice (+)				
Mutations de l'exercice (-)				
<b>Au terme de l'exercice</b>				
<b>Valeur comptable nette au terme de l'exercice (A) + (B) - (C) - (D)</b>		<b>0,00</b>	<b>454,85</b>	<b>10.260,69</b>

## 2. Etat des immobilisations corporelles (rubriques 22 à 27 de l'actif)

(en milliers d'euros)

	Codes	Terrains et constructions (rubrique 22)	Matériel d'équip. médical (rubrique 23)	Matér.d'équip n/méd. et mobil (rubrique 24)	Locat. Financ. & droits similaires (rubrique 25)	Autres immob. corporelles (rubrique 26)	Immobil. en cours & acptes (rubrique 27)
<b>A) Valeur d'acquisition</b>							
Au terme de l'exercice précédent		136.048,67	196.721,93	70.772,32	7.111,23	0,00	2.091,58
Mutations de l'exercice (+)		8.596,63	16.562,04	4.658,44	0,00	0,00	2.996,36
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	44,81	0,00	0,00	0,00
<b>Au terme de l'exercice</b>		<b>144.645,30</b>	<b>213.283,97</b>	<b>75.385,94</b>	<b>7.111,23</b>	<b>0,00</b>	<b>5.087,93</b>
<b>B) Plus-values</b>							
Au terme de l'exercice précédent		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (+)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Au terme de l'exercice</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>C) Amortissements et red. Valeurs</b>							
Au terme de l'exercice précédent (-)		54.297,87	164.648,34	57.852,74	7.105,33	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (+)		4.714,42	10.165,17	3.757,37	2,95	0,00	0,00
Mutations de l'exercice (-)		0,00	0,00	33,98	0,00	0,00	0,00
<b>Au terme de l'exercice</b>		<b>59.012,29</b>	<b>174.813,51</b>	<b>61.576,12</b>	<b>7.108,28</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>D) Valeur comptable nette</b>							
<b>au terme de l'exercice A + B - C</b>		<b>85.633,02</b>	<b>38.470,46</b>	<b>13.809,82</b>	<b>2,95</b>	<b>0,00</b>	<b>5.087,93</b>
Dont terrains et constructions	252				0,00		
Matériel d'équipement médical	253				0,00		
Matériel d'équipement n/ médical et mobilier	254				2,95		

### 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
<b>III. Dettes garanties (comprises dans les rubriques 17 et 42/48 du passif)</b>				
<b>Dettes financières</b>				
1. Etablissements de crédit, dettes location-financement et assimilées	17/42	0,00	12.802,51	0,00
2. Autres emprunts		0,00	0,00	0,00
3. Autres dettes		0,00	0,00	0,00
Total		0,00	12.802,51	0,00
<b>IV. Dettes fiscales, salariales et sociales</b>				
1. Impôts (rubrique 450/3 du passif)				
a) dettes fiscales échues				
b) dettes fiscales non échues	450/3	10.496,48		
2. Rémunérations et charges sociales (rubrique 454/9 du passif)				
a) dettes ONSS échues				
b) dettes ONSS non échues	454	12.736,64		
3. Autres dettes salariales et sociales	455/9	35.828,25		
<b>V. Personnel et frais de personnel en milliers d'euros sauf 1</b>				
1. Effectif moyen du personnel (équivalent temps plein)			4.330,31	
2. Frais du personnel (rubriques 62 + 6692)				
a) Rémunérations et avantages sociaux directs	620	219.258,04		
b) Cotisations patronales d'assurances sociales	621	55.916,84		
c) Autres frais de personnel	622/3	4.262,63		
d) Pensions	624	152,53		

## 4. Bilan social (en milliers d'euros)

Numéros des commissions paritaires dont dépend l'entreprise :

Etat des personnes occupées				
TRAVAILLEURS pour lesquels l'entreprise a introduit une déclaration DIMONA ou qui sont inscrits au registre général du personnel				
Au cours de l'exercice	Codes	Total	1. Hommes	2. Femmes
<b>Nombre moyen de travailleurs</b>				
Temps plein	1001	2.623,52	982,89	1.640,63
Temps partiel	1002	2.441,84	323,77	2.118,07
Total en équivalents temps plein (ETP)	1003	4.295,29	1.213,94	3.081,35
<b>Nombre d'heures effectivement prestées</b>				
Temps plein	1011	4.189.799,05	1.533.216,86	2.656.582,19
Temps partiel	1012	2.945.678,58	419.970,62	2.525.707,96
Total	1013	7.135.477,63	1.953.187,48	5.182.290,15
<b>Frais de personnel</b>				
Temps plein	1021	173.491.126,06	75.562.591,37	97.928.534,69
Temps partiel	1022	104.800.286,30	16.307.541,86	88.492.744,44
Total	1023	278.291.412,36	91.870.133,23	186.421.279,13
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	4.225,85	1.198,74	3.027,11
Nombre d'heures effectivement prestées	1013	7.130.672,13	1.967.898,98	5.165.733,15
Frais de personnel	1023	274.142.393,91	91.340.510,99	182.801.882,92
Montant des avantages accordés en sus du salaire	1033	-	-	-
A la date de clôture de l'exercice	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	2.638,00	2.537,00	4.330,31
<b>Par type de contrat de travail</b>				
Contrat à durée indéterminée	110	2.068,00	2.112,00	3.525,87
Contrat à durée déterminée	111	466,00	235,00	585,48
Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini	112	1,00	2,00	3,16
Contrat de remplacement	113	103,00	188,00	216,80
<b>Par sexe et niveau d'études</b>				
Hommes	120	986,00	344,00	1.222,32
De niveau primaire	1200	129,00	93,00	183,96
De niveau secondaire	1201	177,00	90,00	249,00
De niveau supérieur non universitaire	1202	293,00	109,00	369,81
De niveau universitaire	1203	387,00	52,00	419,55
Femmes	121	1.652,00	2.193,00	3.107,99
De niveau primaire	1210	122,00	477,00	411,77
De niveau secondaire	1211	325,00	557,00	706,74
De niveau supérieur non universitaire	1212	801,00	897,00	1.416,71
De niveau universitaire	1213	404,00	262,00	572,77
<b>Par catégorie professionnelle</b>				
Personnel de direction	130	702,00	118,00	778,04
Employés	134	1.872,00	1.989,00	3.219,19
Ouvriers	132	61,00	430,00	330,08
Autres	133	3,00	0,00	3,00

**B. Personnel interimaire et personnes mises à la disposition de l'entreprise**

Au cours de l'exercice	Codes	1. Personnel intérimaire	2. Personnes mises à la disposition de l'entreprise
Nombre moyen de personnes occupées	150	30,93	10,94
Nombre d'heures effectivement prestées	151	54.938,69	21.616,73
Frais pour l'entreprise	152	1.862.727,74	747.368,43

**II. Tableau des mouvements du personnel au cours de l'exercice**

A. 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	457,00	251,00	600,74
<b>Par type de contrat de travail</b>				
Contrat à durée indéterminée	210	88,00	19,00	101,68
Contrat à durée déterminée	211	301,00	116,00	359,47
Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini	212	0,00	0,00	0,00
Contrat de remplacement	213	68,00	116,00	139,59
B. 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	346,00	198,00	463,19
<b>Par type de contrat de travail</b>				
Contrat à durée indéterminée	310	83,00	66,00	126,02
Contrat à durée déterminée	311	225,00	68,00	260,32
Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini	312	0,00	0,00	0,00
Contrat de remplacement	313	38,00	64,00	76,85
<b>Par motif de fin de contrat</b>				
Pension	340	24,00	42,00	50,78
Chômage avec complément d'entreprise	341	0,00	1,00	0,67
Licenciement	342	7,00	4,00	9,60
Autre motif	343	315,00	151,00	402,14
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

## 4. Bilan social (suite)

(en milliers d'euros)

III. Renseignements sur les formations pour les travailleurs au cours de l'exercice				
Initiatives en matière de formation professionnelle continue à caractère formel à charge de l'employeur	Codes	Hommes	Codes	Femmes
Nombre de travailleurs concernés	5801	590	5811	2140
Nombre d'heures de formation suivies	5802	7.651,72	5812	30.343,16
Coût net pour l'entreprise	5803	263.191,66	5813	1.032.435,52
dont coût brut directement lié aux formations	58031	263.191,66	58131	1.032.435,52
dont cotisations payées et versements à des fonds collectifs	58032		58132	
dont subventions et autres avantages financiers reçus (à déduire)	58033		58133	
<b>Initiatives en matière de formation professionnelle continue à caractère moins formel ou informel à charge de l'employeur</b>				
Nombre de travailleurs concernés	5821		5831	
Nombre d'heures de formation suivies	5822		5832	
Coût net pour l'entreprise	5823		5833	
<b>Initiatives en matière de formation professionnelle initiale à charge de l'employeur</b>				
Nombre de travailleurs concernés	5841		5851	
Nombre d'heures de formation suivies	5842		5852	
Coût net pour l'entreprise	5843		5853	

# RAPPORT DU RÉVISEUR



LEBOUTTE, MOUHIB & C° s.c.p.r.l.  
Réviseurs d'Entreprises

Réviseurs  
d'Entreprises

D. Leboutte  
04 340 42 23  
J. Mouhib  
04 340 42 22  
S. Rahier  
04 340 42 26  
H. Reuchamps  
04 340 42 24

## RAPPORT DU REVISEUR D'ENTREPRISES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE POUR L'EXERCICE CLOS LE 31 DECEMBRE 2014

Conformément aux dispositions légales, nous vous faisons rapport dans le cadre de notre mandat de réviseur. Ce rapport inclut notre opinion sur les comptes annuels, ainsi que les déclarations complémentaires requises. Les comptes annuels comprennent le bilan au 31 décembre 2014, le compte de résultats de l'exercice clos à cette date et l'annexe.

### Rapport sur les comptes annuels – Opinion sans réserve

Nous avons procédé au contrôle des comptes annuels du Centre Hospitalier Universitaire de Liège pour l'exercice clos le 31 décembre 2014, établis sur la base du référentiel comptable applicable en Belgique, dont le total du bilan s'élève à 452.102.000 € et dont le compte de résultats se solde par un bénéfice de l'exercice de 10.768.940 €.

#### Responsabilité de l'organe de gestion relative à l'établissement des comptes annuels

L'organe de gestion est responsable de l'établissement de comptes annuels donnant une image fidèle conformément au référentiel comptable applicable en Belgique, ainsi que de la mise en place 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.

#### Responsabilité du réviseur

Notre responsabilité est d'exprimer une opinion sur ces comptes annuels sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes internationales d'audit (ISA). Ces normes requièrent de notre part de nous conformer aux exigences déontologiques, ainsi que de planifier et de réaliser l'audit en vue d'obtenir une assurance raisonnable que les comptes annuels ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les comptes annuels. Le choix des procédures mises en œuvre, y compris l'évaluation des risques que les comptes annuels comportent des anomalies significatives, que celles-ci proviennent de fraudes ou résultent d'erreurs, relève du jugement du réviseur. En procédant à cette évaluation des risques, le réviseur prend en compte le contrôle interne de l'association relatif à l'établissement de comptes annuels donnant une image fidèle, cela afin de définir des procédures d'audit appropriées selon les circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'association. Un audit consiste également à apprécier le caractère approprié des règles d'évaluation retenues, le caractère raisonnable des estimations comptables faites par l'organe de gestion, et la présentation d'ensemble des comptes annuels.

Nous avons obtenu de l'organe de gestion et des préposés de l'association, les explications et informations requises pour notre contrôle.

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





LEBOUTTE, MOUHIB & C° s.c.p.r.l.  
Réviseurs d'Entreprises

Opinion sans réserve

A notre avis, les comptes annuels donnent une image fidèle du patrimoine et de la situation financière du Centre Hospitalier Universitaire de Liège pour l'exercice clos le 31 décembre 2014, ainsi que de ses résultats pour l'exercice clos à cette date, conformément au référentiel comptable applicable en Belgique.

**Rapport sur d'autres obligations légales et réglementaires**

L'organe de gestion est responsable du respect des dispositions du décret de la Fédération Wallonie-Bruxelles du 5 juillet 1993, ainsi que des dispositions légales et réglementaires applicables à la tenue de la comptabilité.

Dans le cadre de notre mandat et conformément à la norme belge complémentaire aux normes internationales d'audit (ISA) applicables en Belgique, notre responsabilité est de vérifier, dans tous les aspects significatifs, le respect de certaines obligations légales et réglementaires. Sur cette base, nous faisons les déclarations complémentaires suivantes, qui ne sont pas de nature à modifier la portée de notre opinion sur les comptes annuels:

- Sans préjudice d'aspects formels d'importance mineure, la comptabilité est tenue conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en Belgique.
- Nous n'avons pas à vous signaler d'opération conclue ou de décision prise en violation de l'arrêté royal numéro 542 du 31 mars 1987, modifié par les décrets de la Fédération Wallonie-Bruxelles du 5 juillet 1993 et du 19 décembre 2002.
- la perception centrale des honoraires est effectuée conformément aux règlements en vigueur.

Liège, le 2 juin 2015  
S.c.P.R.L. LEBOUTTE, MOUHIB & C°  
Réviseur d'entreprises

représenté par

J. MOUHIB



**Editeur responsable** Julien Compère,  
Administrateur délégué du CHU de Liège,  
domaine universitaire du Sart Tilman,  
bâtiment B 35, 4000 Liège.

**Réalisation** Service Communication

**Graphisme** Eric Schmitz

**Impression** Toner de Presse

**Crédits photographiques** Jean-Michel Clajot,  
Michel Houet (Tilt-ULg) et Michel Mathys (CHU de Liège).



**Centre Hospitalier Universitaire de Liège**

Avenue de l'hôpital, 1

4000 Liège

04 242 52 00 | [www.chuliege.be](http://www.chuliege.be)