



CHC

Rapport annuel 2013





In memoriam Georges Lonay

16 août 1906 – 22 août 2013

Décédé le 22 août 2013 à l'âge de 97 ans, Georges Lonay reste une des figures fondatrices du CHC. Doté d'un caractère bien trempé, le verbe fort, cet homme de décision cultivait aussi le bon sens et l'humour. Son décès a marqué bien plus que le Conseil d'administration.

Engagé en 1961 pour seconder Mère Idalie, alors directrice de la clinique Saint-Joseph et supérieure de la congrégation des Sœurs de Saint-Charles, Georges Lonay a travaillé à la première extension (déjà !) de la clinique (construction de l'aile C) mais aussi à la mise en application de la nouvelle loi sur les hôpitaux (déc. 1963), laquelle a induit de grands changements sur le plan comptable. Il a été nommé directeur de la clinique Saint-Joseph en 1975, même s'il assurait la charge depuis quelques années déjà. A l'époque, il est le premier directeur engagé par la congrégation religieuse. Une de ses premières missions a consisté à scinder les activités de la clinique et celles de la congrégation en deux asbl distinctes. Il a été secondé dès 1977 par Lucien Hénon, qui lui a succédé à la direction de la clinique en 1986.

Libéré de sa fonction de directeur, Georges Lonay a continué à veiller aux destinées de la clinique, en assurant la présidence du Conseil d'administration de l'asbl Clinique Saint-Joseph (1986-1995), puis en devenant administrateur-délégué (1995-1998), rôle qu'il a conservé lorsque l'asbl s'est agrandie, suite aux premières fusions de l'agrément A152. En 2000, lors de la création de l'asbl CHC, G. Lonay est resté aux commandes, en assurant la vice-présidence jusqu'en 2010, puis en restant administrateur jusqu'en 2013. Il a également occupé le poste de président de la FIH durant sa longue carrière.

Avant-propos

La confiance comme moteur de changement

S'il permet de présenter un instantané de l'entreprise, le rapport annuel s'inscrit comme un exercice difficile alors que le CHC se définit par son évolution constante, sa mutation profonde et progressive, entamées il y a plusieurs années.

Avec son projet de nouvel hôpital, le CHC assure sa pérennité dans le paysage des soins de santé et se tourne résolument vers le futur avec confiance. En 2013, ce projet a franchi quelques belles étapes: approbation du projet d'assainissement du terrain, octroi du permis unique, choix du nom *clinique du MontLégia*, mais aussi projet de réaffectation des 3 sites liégeois. Le futur hôpital devient chaque jour plus concret et la construction est sur le point de démarrer.

Cette mutation touche aussi l'ensemble des acteurs du CHC. Le volet ressources humaines de la future clinique du MontLégia est désormais connu et permet d'être optimiste. Le transfert et les économies d'échelle pourront être réalisées sans plan social, pour autant que la mobilité interne soit optimisée et envisagée à l'échelle du groupe. C'est donc l'occasion de rebattre les cartes pour l'ensemble des travailleurs intéressés. Le CHC prépare déjà l'accompagnement de ce changement, notamment en donnant la priorité au personnel en place et en encourageant la politique de formation. Les opportunités sont à la mesure du groupe: nombreuses et diversifiées. La confiance est donc de mise, elle constitue le moteur du changement.

Cette dynamique sert de catalyseur aux nombreuses autres initiatives. De nouvelles offres de soins ont vu le jour, comme la prise en charge du surpoids et la nasogastroscopie. D'importants investissements ont été réalisés pour l'équipement médical, comme le scanner ultra-rapide,

et pour les infrastructures, notamment à Heusy où le CHC agrandit la clinique Sainte-Elisabeth et construit une nouvelle maison de repos. Les services médicaux comme l'oncologie, la médecine nucléaire et la neuroradiologie interventionnelle ont fait l'objet d'une reconnaissance scientifique internationale.

D'autres pans de l'organisation montrent que le CHC s'inscrit dans le monde hospitalier 2.0: déploiement du dossier infirmier informatisé, doublé par le dossier social informatisé, nouvelle logistique suivant la méthode Kanban, création d'un centre d'accueil téléphonique aux missions toujours plus larges, wifi sécurisé pour les acteurs du CHC et pour les patients, offre de services élargie pour le service ICT...

Tous ces investissements, toutes ces transformations ne seraient pas envisageables sans une gestion rigoureuse et une bonne santé financière. Sur les 10 dernières années, le CHC a augmenté son effectif salarié de plus de 532 équivalents temps pleins, soit une augmentation de 22%, s'affirmant comme un des employeurs les plus importants de la province. 2013 a été une année difficile pour l'ensemble du secteur des soins de santé. A l'heure où la plupart des hôpitaux belges connaissent une baisse d'activité et un résultat dans le rouge, le CHC a pu constituer d'importantes provisions dans la perspective de sa nouvelle implantation et affiche un résultat financier positif, correspondant à 0,5% du chiffre d'affaires, soit 2 M€.

Nous vous proposons de découvrir les différentes facettes du CHC au fil des pages de ce rapport annuel 2013. Excellente lecture.

Dr Philippe Hubert
Président du Conseil médical A 158

Dr Constant Jhaes
Président du Conseil médical A 152

Dr Philippe Olivier
Directeur médical

Alain Javaux
Directeur général

Dr Patrick Rutten
Vice-président du Conseil d'administration

René Thissen
Président du Conseil d'administration

Sommaire

6 Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

- Le CHC, omniprésent en province de Liège
- Charte du CHC
- Philosophie et éventail des soins
- Des structures à taille humaine au sein d'un groupe important
- Le projet de nouvel hôpital

Les structures de décision au CHC

Le management du CHC en 2013

- Le comité de direction du groupe CHC
- Les médecins-chefs des services médicaux
- La maîtrise de stage

- Notre-Dame Waremme : l'hôpital de jour s'étend
- Notre-Dame Hermalle : extension de l'unité de gériatrie
- Notre-Dame Waremme : du nouveau pour le flux cytostatique
- Notre-Dame Waremme : la MSP a 20 ans
- Polycliniques extérieures : fin d'activité
- Réseau senior : extension de la résidence Saint-Charles
- Résidence d'Heusy : une nouvelle maison de repos en construction
- Synergie entre réseaux hospitalier et senior

15 Acteurs du CHC

Le personnel du CHC

Les médecins et prestataires indépendants

Mais aussi...

- Les assistants
- Les volontaires
- Les stagiaires

Axe 2 – Améliorer l'orientation patient

- Sainte-Elisabeth : arc-en-ciel au-dessus de la maternité
- Saint-Vincent : préadmission systématique pour les accouchements
- Saint-Vincent : trois journées complètes de consultation en lactation par semaine
- Saint-Vincent : meilleur confort lors des soins kangourou
- Un site internet pour le centre de PMA
- Notre-Dame Waremme : un Espace+ en devenir
- Notre-Dame Hermalle : inauguration de l'Espace+
- Réseau senior : projet intergénérationnel récompensé par la Wallonie
- Espérance : une chambre des défunts pour les enfants
- Médiation : 32 % des plaintes
- Service social : nouvelle dynamique et réorganisation à Saint-Joseph
- Un poste de garde médicale à côté de Notre-Dame Hermalle
- La sensibilisation à la santé comme mot d'ordre

21 Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

Activité de la maison de soins psychiatriques

Activité du Réseau senior

Volet financier : résultats et comptes annuels

Axe 3 – Atteindre l'excellence clinique

- Saint-Joseph : investissement de près de 2M€ pour un nouveau scanner ultrarapide
- Neuroradiologie interventionnelle : nouveautés et reconnaissance internationale
- Imagerie TEP accréditée au niveau européen
- Quartiers opératoires : focus sur l'informatisation et la qualité

30 Suivi du plan stratégique

Axe 1 – Développer l'offre de soins

- Sainte-Elisabeth : CITEP : une prise en charge globale du surpoids et de l'obésité
- Saint-Joseph : gastroscopie par le nez : le CHC pionnier en Belgique
- CHVE : les prélèvements sanguins à domicile
- Espérance : la clinique de la mémoire s'exporte au domicile du patient
- Pédiatrie : réorganisation pour l'hospitalisation psychosociale
- Saint-Joseph : l'humour comme thérapie, sérieusement !
- Le CHC, centre d'excellence oncologique
- Saint-Joseph : extension de l'hôpital de jour médical
- Saint-Joseph : accueil mieux adapté à l'hôpital de jour chirurgical

Axe 4 – Optimiser les opérations

- Espérance : le CHC prépare sa logistique de demain
- Dossier infirmier informatisé : un travail d'équipe avant tout...
- Pôle hôtelier : de nouvelles navettes pour la distribution des repas
- Une année riche en projets pour le service méthodes et organisation

Axe 5 – Développer des systèmes d'information performants

- Le service ICT a élargi et amélioré son offre de services
- Le centre d'accueil téléphonique prend de l'ampleur

Axe 6 – Repenser le rôle et la contribution des sites

- Notre-Dame Hermalle : début des travaux du nouveau service de soins palliatifs
- MontLégia : une année faste : choix du nom, permis unique, et tant d'autres étapes
- Sainte-Elisabeth : travaux d'extension

Axe 7 – Renforcer la direction clinique et l'organisation médicale

- Le monde de la santé et ses enjeux
- Personnel de soins : il fait bon travailler au CHC et on y travaille bien !

Axe 8 – Accentuer l'organisation et la culture de groupe

- La dynamique de la formation
- Politique de recrutement
- Assuétudes : prévention et prise en charge
- Qualité et sécurité patient : logiciel Ennov et identité-vigilance
- La fin de vie entourée des mêmes soins que la vie
- Pawa : de retour de la 3^e mission d'observation
- Le CHC a gagné son premier Maasmarathon comme partenaire santé
- Sainte-Elisabeth : équipe solidaire à Relais pour la vie
- Le CHC « vélo-actif »
- De nombreuses manifestations scientifiques

77... Annexes

- Calendrier 2013 des manifestations scientifiques
- Liste des publications scientifiques 2013

Réalisation : service communication du CHC, en collaboration avec toutes les personnes qui ont aidé à la recherche et à la collecte des informations. Qu'elles en soient ici remerciées.

Photos : CHC, AAH, chambre clair, Hélène Ercicum, Daniel Ghaye, Miysis

Mise en page : stereotype

Impression sur papier FSC Print Speed Offset
Encres végétales – Juin 2014

Carte d'identité du CHC



Les maisons de repos

- 1 Résidence Notre-Dame de Lourdes – Liège (113 lits + 12 RS)
- 2 Résidence de la Vierge des Pauvres – Banneux (85 lits)
- 3 Résidence Carrefour St-Antoine – Banneux (59 lits)
- 4 Résidence d'Heusy (58 lits)
- 5 Résidence St-Joseph – Membach (84 lits)
- 6 Résidence les Peupliers – Hermalle-sous-Argenteau (65 lits)
- 7 Résidence St-Joseph – Racour (88 lits + 10 RS)
- 8 Résidence St-Charles – Landenne-sur-Meuse (110 lits)

Polycliniques et centres spécialisés

- 1 Centre médical Ourthe-Amblève (Aywaille)
- 2 Centre médical de Chênée
- 3 Polymédic (Grâce-Hollogne)
- 4 Centre médical du Méry (Liège)
- 5 Centre médical Marcellis (Liège)
- 6 Centre dento-facial d'Amercœur (Liège)
- 7 Polyclinique Marie Lecoquay (Micheroux)
- 8 Centre dentaire de Seraing (Seraing)
- 9 Clinique de la mémoire – Maison Alzheimer (Montegnée)
- 10 Centre de médecine psychologique (Retinne)

Antennes extérieures

- Unités centrales de production – UCP (Alleur)
- Unité administrative et logistique – UAL (Droixhe)

Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

Le CHC, omniprésent en province de Liège

Composé de 6 cliniques, 8 maisons de repos, 1 crèche et une bonne dizaine de polycliniques extérieures en province de Liège, le CHC constitue un réseau de soins où technologie de pointe et qualité du service assurent aux patients une médecine performante à visage humain. Le groupe compte 1.045 lits hospitaliers aigus, 30 lits de maison de soins psychiatriques et 684 lits de maisons de repos. Il emploie 4.088 personnes (tous métiers confondus), soit 2.916 équivalents temps pleins (ETP) et occupe plus de 800 médecins et prestataires indépendants (kinésithérapeutes, psychologues...).

En 2013, le CHC recouvre une réalité multiple.

Le groupe se compose de :

→ 6 cliniques

- Clinique Saint-Joseph (Liège)
- Clinique de l'Espérance (Montegnée)
- Clinique Notre-Dame (Waremme)
- Clinique Notre-Dame (Hermalle)
 - qui forment les Cliniques Saint-Joseph – agrément A 152
- Clinique Saint-Vincent (Rocourt)
- Clinique Sainte-Elisabeth (Heusy)
 - qui forment le Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth (CHVE) – agrément A 158
- ... et la clinique du MontLégia en préparation, pour regrouper l'activité des trois cliniques liégeoises (Saint-Joseph, Espérance et Saint-Vincent)

→ 8 maisons de repos

- Résidence Notre-Dame de Lourdes (Liège)
- Résidence de la Vierge des Pauvres (Banneux)
- Résidence Carrefour Saint-Antoine (Banneux)
- Résidence d'Heusy
- Résidence Saint-Joseph (Membach)
- Résidence Les Peupliers (Hermalle-sous-Argenteau)
- Résidence Saint-Joseph (Racour)
- Résidence Saint-Charles (Landenne-sur-Meuse)

→ une crèche

- L'arrêt de puces (Montegnée) – 18 places

→ plusieurs polycliniques extérieures offrant des consultations de médecine spécialisée et de dentisterie

- Centre médical Ourthe-Amblève (Aywaille)
- Centre médical de Chênée
- Polymédic (Grâce-Hollogne)
- Centre médical du Méry (Liège)
- Centre médical Marcellis (Liège)
- Centre dento-facial d'Amercœur (Liège)
- Polyclinique Marie Lecoquay (Micheroux)
- Centre dentaire de Seraing

→ des centres spécialisés

- Clinique de la mémoire – Maison Alzheimer (Montegnée)
- Centre de médecine psychologique (Retinne)
- Maison de soins psychiatriques (Waremme)
- Habitation protégée (Rocourt)
- Centre européen de rééducation (CER) à Rocourt (partenariat)

→ deux antennes extérieures

- les unités centrales de production (UCP) à Alleur regroupent la cuisine centrale, l'imprimerie, la menuiserie, l'équipe plurisite (infrastructure)
- l'unité administrative et logistique (UAL) à Droixhe regroupe les services des achats, ICT, infrastructure, médiateur, salles de formation...

Charte du CHC



Charte du Centre Hospitalier Chrétien

Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) est un réseau de soins qui regroupe, entre autres, des cliniques, des polycliniques, des maisons de repos, des maisons de repos et de soins (MR et MRS) dont les plus anciennes ont été fondées par des congrégations religieuses. Les valeurs chrétiennes sont le fil conducteur de l'action qu'il mène depuis déjà trois siècles.

Le CHC est composé de femmes et d'hommes au service de la personne humaine et de sa santé dans ses différentes dimensions. Tous participent à la qualité de la prise en charge du patient.

*Je ne suis pas venu
pour être servi mais
pour servir*

*Non veni ministrari
sed ministrare*

Dans nos missions respectives, nous nous engageons à respecter la présente charte.

La santé dans toutes ses dimensions

Nous avons pour souci la santé physique, psychique, morale et spirituelle et, de manière générale, le bien-être de toute personne prise en charge par le CHC.

Le respect

Le respect mutuel est la base de toute relation humaine, au CHC en particulier.

Ainsi, nous respectons l'autre et toute différence qu'elle soit philosophique, religieuse, physique, raciale, intellectuelle, économique, culturelle pour autant qu'elle soit conforme aux lois et à l'ordre public.

L'accès aux soins

Au CHC, le statut social et la situation économique ne sont jamais un obstacle à la prise en charge du patient.

La qualité

Tous les métiers exercés au CHC sont complémentaires.

Nous veillons à mettre l'accent :

- sur le maintien et le développement d'une médecine de pointe caractérisée par :
 - des équipes médicales, infirmières et paramédicales performantes et ambitieuses au point de vue de la qualité. Elles doivent faire preuve de :
 - professionnalisme et compétence ;
 - disponibilité et cordialité ;
 - humilité et patience ;
 - esprit d'équipe.
 - des équipements médicaux et technologiques de pointe et un environnement architectural adéquat ;
 - sur la qualité du travail de tous les acteurs du CHC, tous métiers confondus. En effet chacun, à son niveau et dans son domaine, contribue à la qualité de l'accueil et des services offerts aux patients.
- sur une gestion économique et administrative performante qui garantit la pérennité de l'institution et permet notamment l'investissement en moyens humains, technologiques et architecturaux.

Le choix du médecin

Dans la mesure du possible, toute personne peut choisir librement son médecin.

L'éthique

L'éthique fait l'objet d'une réflexion permanente - à la lumière des valeurs chrétiennes - qui associe tous les acteurs du CHC.

Le secret professionnel

Toute personne peut compter sur notre confidentialité et le respect du secret.

Le savoir être

Nos relations, tant en interne qu'en externe, sont empreintes de franchise, de loyauté et de cordialité.

Chacun doit être à l'écoute de l'autre.

Le médecin de famille

Les médecins de famille sont les partenaires du CHC. A ce titre, ils sont invités à donner et à recevoir toutes les informations nécessaires.

La continuité des soins

Nous préparons à l'avance la fin du séjour hospitalier et nous assurons le suivi nécessaire.

L'accès à l'information

Pour autant qu'elle le souhaite, nous informons toute personne des soins dont elle bénéficie.

L'environnement social et familial

L'environnement social et familial fait l'objet des mêmes attentions et engagements.



Philosophie et éventail des soins

Le CHC ancre sa philosophie des soins sur quatre principes :

- Placer le patient et sa famille au centre de l'organisation des soins. Que ce soit dans un service aigu, une unité de soins standardisée ou une résidence, la prise en charge vise l'accompagnement humain, la proximité, l'information.
- Soigner la qualité de vie du personnel et plus particulièrement des nouveaux engagés. Au sein des équipes, l'efficacité et la formation permanente sont importantes. Les nouveaux engagés comme les stagiaires bénéficient d'un accueil et d'un encadrement particuliers.
- Encourager le professionnalisme et viser constamment l'amélioration de la qualité des soins, qui, avec la performance, constituent des objectifs quotidiens. Les projets relatifs à la qualité et la sécurité patient sont nombreux : projets de prise en charge de la douleur (adultes et enfants), itinéraires cliniques, check list sécurité au bloc opératoire...
- Développer la multidisciplinarité et la collaboration inter-hospitalière. Afin d'offrir le meilleur traitement et la meilleure prise en charge, le patient est accueilli au sein d'une équipe rassemblant toutes les disciplines médicales et paramédicales nécessaires. L'infirmière coordinatrice y joue un rôle de plaque tournante et de facilitatrice. Le dossier patient informatisé améliore la concertation entre les acteurs de soins.

Des structures à taille humaine au sein d'un groupe important

Le CHC occupe une place importante dans le paysage des soins de santé de la province de Liège. Le groupe couvre l'ensemble des pathologies existantes.

- Chacun des 6 hôpitaux généraux a développé ses spécificités et des complémentarités avec l'ensemble.
- De nombreuses consultations de médecine spécialisée et de dentisterie sont accessibles au sein même des cliniques, mais également au sein de polycliniques extérieures.
- L'aval est pris en charge au sein du Réseau senior, 8 résidences pour personnes âgées avec une offre complète : maisons de repos, maisons de repos et de soins, courts séjours, résidences services, accueil spécifique des personnes désorientées et/ou en perte d'autonomie (cantous).

La petite enfance constitue également une des priorités du groupe, avec la crèche *L'arrêt de puces* (ouverte en 2010) qui propose 18 places.

L'organisation permet de concilier le caractère familial et la dimension humaine au sein d'un groupe important, investi dans un projet stratégique ambitieux et une gestion rigoureuse.

Le projet de nouvel hôpital

Le CHC travaille actuellement à l'élaboration d'un nouvel hôpital qui doit rassembler l'activité des trois cliniques liégeoises : la clinique Saint-Joseph (Liège), la clinique de l'Espérance (Montegnée) et la clinique Saint-Vincent (Rocourt).

La clinique du MontLégia sera construite à Liège sur le site de l'ancien charbonnage de Patience et Beaujonc, à la croisée des communes de Liège, Ans et Saint-Nicolas. Elle jouira d'une situation stratégique, offrant des facilités d'accès et de parking. Conçu pour répondre aux attentes des patients, des soignants et des visiteurs, ce nouvel hôpital va allier les plus hautes exigences humaines, scientifiques, technologiques et ergonomiques. Il constituera véritablement un outil au service des soins et des patients afin de pérenniser une médecine de pointe à visage humain. Son ouverture est prévue en 2018 (voir pages 62-66).

Les structures de décision au CHC

Les structures de décision du CHC sont organisées de manière à couvrir le champ de la gestion tant au niveau stratégique qu'au niveau tactique et opérationnel.

L'**Assemblée générale** est composée de 36 membres et présidée par René Thissen. Elle approuve les budgets et les comptes, nomme et révoque les administrateurs, peut modifier les statuts...

Aujourd'hui, l'essentiel des prises de décisions stratégiques relève du **Conseil d'administration**. Il compte 10 membres élus en cette qualité par l'Assemblée générale.

En 2013, le Conseil d'administration (CA) du CHC a subi quelques changements. En juin, Baudouin Harmant, président du CA depuis 2004, a cédé sa place à René Thissen. Le Dr Patrick Rutten est devenu vice-président. Baudouin Harmant et le Dr Michel Watelet, administrateurs tous deux atteints par la limite d'âge, quittent le CA mais restent membres de l'Assemblée générale.

Au 31 décembre 2013, les 10 membres du **Conseil d'administration** sont : Elisabetta Callegari, Michel de Lamotte, Godelieve De Wulf, Xavier Drion, Patrick Gérard, Albert Klinkenberg, Gertrudis Panis, Patrick Rutten, René Thissen et la Mutualité chrétienne de Liège.

Avec Michel Beckers, Jean-Philippe Bolly, Eric Bruyère, Godelieve de Smet, Arthur Defoin, Paul Delnoy, Alphonse Dewandre, Léandre Drion, Maria Geerits, Emali Goossens, Baudouin Harmant, André Hauglustaine, Maria Jans, Elza Jeurissen, Maria Jeurissen, Ida Lange, Elisabeth Lowist, François-Xavier Nève de Mévergnies, Guy Pirmolin, Marie Sarlet, Michel Tasiaux, Lucrece Van Parijs, Elisabeth Vangronsveld, Maria Verheyden, Georgette Vervoir et Michel Watelet, ils forment l'**Assemblée générale**.

Le **Comité de gestion** est, par délégation statutaire du Conseil d'administration, en charge de la gestion quotidienne du CHC. Trois administrateurs délégués et le directeur général, Alain Javaux, font partie du Comité de gestion qui invite à ses réunions, à titre permanent, le directeur général adjoint, le directeur médical et le directeur médical adjoint. Le Comité de gestion se réunit au moins deux fois par mois.

Le Conseil d'administration et le Comité de gestion ont désigné le **Comité stratégique Azimut** qui alimente leur réflexion en matière de stratégie. Ce comité se réunit au moins une fois par mois.

La loi prévoit un **Comité permanent de concertation** par numéro d'agrément hospitalier. Il en existe donc deux au CHC, l'un pour les Cliniques Saint-Joseph (agrément 152), l'autre pour le Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth (CHVE / agrément 158) qui, pour des raisons historiques, se

nomme Commission de contact. Les Comités permanents de concertation cherchent à harmoniser et concilier les points de vue des Conseils d'administration et médicaux notamment sur les plans stratégique et de gestion du groupe.

Comme pour le Comité permanent de concertation, il existe un **Conseil médical** par agrément. Le Conseil médical assure la représentation des médecins à la prise de décision au sein de l'hôpital. Dix-sept membres effectifs et 5 suppléants composent le Conseil médical des Cliniques Saint-Joseph. Ils sont respectivement 13 et 3 au CHVE. Les Conseils médicaux se réunissent une fois par mois.

Le **Comité de direction du réseau hospitalier** (CDRH), quant à lui, définit et met en place les objectifs de gestion définis par le Conseil d'administration, le Comité de gestion et le Comité permanent de concertation (ou la Commission de



Baudouin Harmant, une carrière d'administrateur bien remplie

En juin 2013, atteint par la limite d'âge qu'il avait lui-même fait adopter, Baudouin Harmant a passé le flambeau de la présidence du CA à René Thissen. Il reste aujourd'hui membre de l'Assemblée générale.

Administrateur depuis 1991, administrateur délégué de 1999 à 2010, président du CA de 2004 à juin 2013, Baudouin Harmant a marqué de son empreinte l'évolution du CHC. Présent dès le rapprochement entre Saint-Joseph et l'Espérance, il a été de toutes les fusions, mais il a également négocié d'autres tournants importants de l'entreprise. Fusionner les Cliniques Saint-Joseph et le CHVE en 2000-2001, décider de construire un nouvel hôpital sur un nouveau terrain comptent parmi les décisions majeures auxquelles il a participé, d'autant que ces dossiers se sont traités par épisodes : nouveau plan stratégique, décision du regroupement des 3 sites liégeois (2006), choix du terrain (2008), projet médical, dimensionnement de l'hôpital, choix des auteurs de projets (2009). Il a aussi participé au renouvellement du Règlement d'ordre intérieur (ROI) pour le corps médical (2008-2009). Il a encore initié la réforme au sein du CA, notamment en imposant une limite d'âge et en limitant les mandats pour équilibrer les influences.

Dans toutes ses expériences professionnelles, Baudouin Harmant a été le protagoniste d'une politique de qualité. Selon lui, la qualité d'un hôpital passe par le service aux patients, la formation du corps médical et du personnel, une bonne santé financière pour permettre des investissements... Tirer vers le haut avec enthousiasme : cette politique qu'il a toujours prônée est aussi celle du CHC.

**René Thissen, nouveau
président du Conseil
d'administration**



Nommé fin juin 2013, René Thissen est le nouveau président du CA du CHC. Il n'est pas un novice puisqu'il est membre du CA depuis 2001, soit depuis la fusion des Cliniques Saint-Joseph et du CHVE.

René Thissen allie intérêt social et rigueur économique, deux cordes liées à sa double formation d'assistant social et d'expert-comptable. Patron d'entreprise, homme politique, il se définit comme un généraliste, soucieux d'aller à la rencontre des gens et attentif à faire progresser les choses. Son objectif, comme président, c'est de fédérer l'équipe du CA afin de soutenir la direction au mieux, particulièrement dans la réalisation du nouvel hôpital, un projet qui l'enthousiasme tout particulièrement. Il compte aussi continuer le travail d'ouverture et de renouvellement du CA entamé par Baudouin Harmant. Un de ses défis consistera à apporter de nouvelles compétences, par le biais de nouveaux membres.

Après avoir travaillé dans le service des ressources humaines de deux entreprises, René Thissen a créé sa propre société de secrétariat social. Il a ensuite effectué une carrière politique complète de 1991 à 2008 (conseiller communal, député fédéral puis régional, sénateur, chef de groupe, administrateur général du PSC devenu entretemps cdH). René Thissen se définit comme un homme de décisions et un citoyen engagé. Comme gestionnaire d'entreprise, il apprécie la rigueur. De son expérience politique, il garde la nécessité absolue de rassembler les acteurs pour faire aboutir un projet.

contact). Ce comité assume en première ligne la viabilité économique du secteur hospitalier du CHC. Il existe un pendant pour le Réseau senior : le **Comité de direction du Réseau senior**.

En 2013, le CHC a connu deux nouveaux directeurs. Au paravant adjoint à la direction du département technique et infrastructure, Marc Sonnet est devenu en mars directeur de ce secteur où il remplace Jean-Luc Delhaxhe, admis à la retraite. Frédéric Cnocquart a été engagé à la direction du Réseau senior depuis février.

Notons aussi d'autres comités, comme le **Comité de coordination des directions du groupe** et le Comité de suivi de la direction clinique.

Composition des Conseils médicaux en
2013

Conseil médical des Cliniques Saint-Joseph (A 152)

Elections de mai 2012

- **Président** Dr Constant Jehaes, chirurgien abdominal
- **Vice-Président** Dr Philippe Biquet, urologue
- **Trésorier** Dr Bernard Bourdoux, radiologue
- **Secrétaire** Dr Anne Dawance, chirurgien vasculaire
- **Membres effectifs**
 - Dr Arnaud Colard, gastroentérologue
 - Dr Maryse Colignon, anesthésiste
 - Dr Philippe Devos, anesthésiste
 - Dr Frédéric Fiévet, pneumologue
 - Dr David Francart, chirurgien abdominal
 - Dr Roland Gilles, stomatologue et chirurgien maxillo-facial
 - Dr Pascal Leclercq, anesthésiste
 - Dr Olivier Lhoest, anesthésiste
 - Dr Philippe Marcelle, cardiologue
 - Dr Isabelle Paquot, pédiatre
 - Dr Pierre Philippet, pédiatre
 - Dr Olivier Plomteux, gastroentérologue
 - Dr Pierre Reginster, radiologue
- **Membres suppléants**
 - Dr Geoffrey Matus, oncologue
 - Dr André Mulder, pédiatre
 - Dr Jamil Khamis, radiologue
 - Dr Thierry Guillaume, gériatre
 - Dr Geoffrey Brands, physiothérapeute
- **Invité permanent**
 - Dr Philippe Olivier, directeur médical

**Conseil médical du Centre hospitalier
Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth (A 158)**

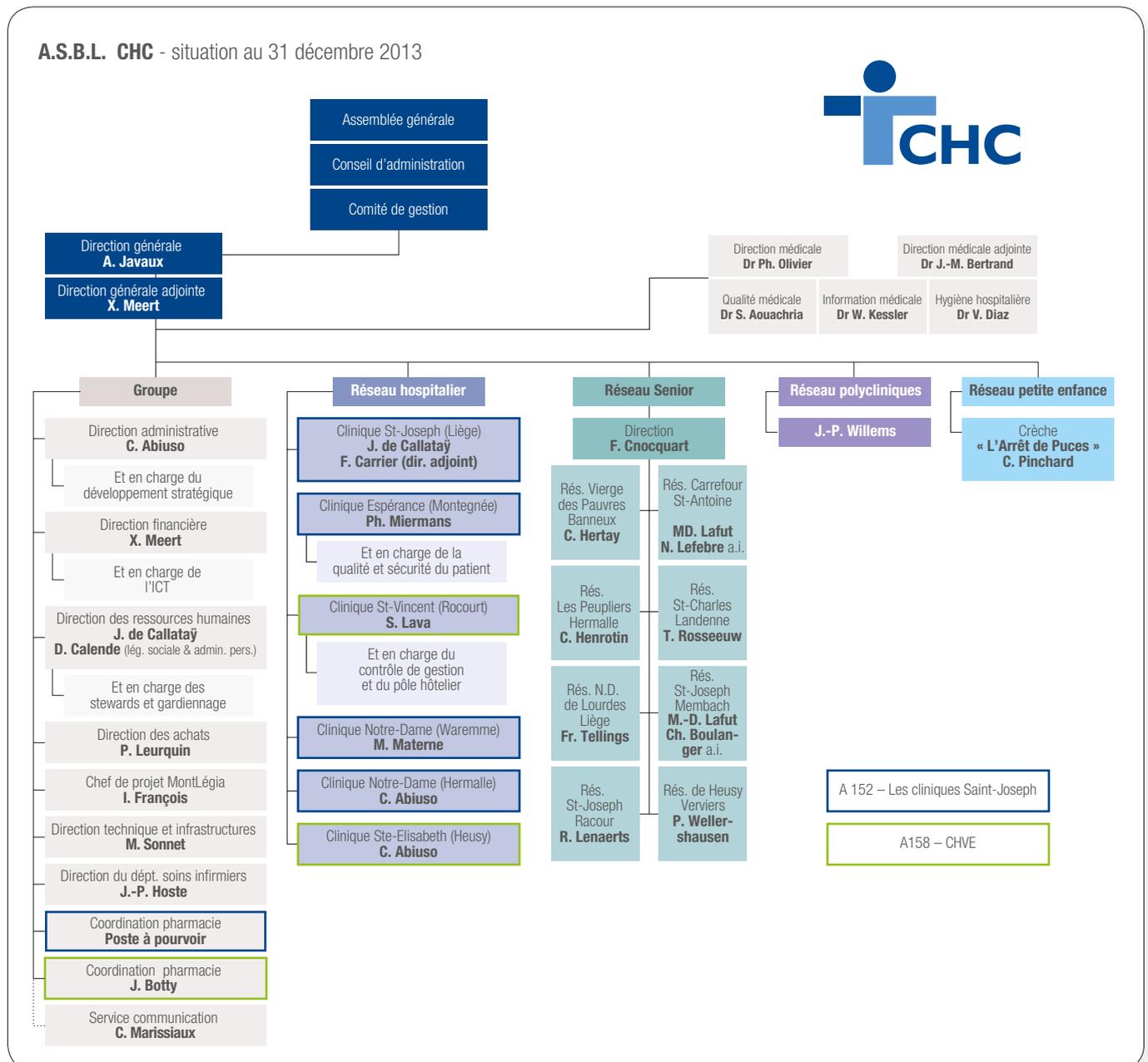
Elections de juin 2011

- **Président** Dr Philippe Hubert, anesthésiste
- **Vice-président** Dr Alain Vandenhove, anesthésiste
- **Secrétaire** Dr Franklin Grooten, anesthésiste
- **Membres effectifs**
 - Dr Michel Deliège, cardiologue
 - Dr Abdelkrim Essahib, anesthésiste
 - Dr Anne-Françoise Geets, biologiste
 - Dr Marc Horion, gynécologue
 - Dr Yves Lebrun, gynécologue
 - Dr Sylviane Lesenfants, gynécologue
 - Dr Pierre Maton, pédiatre
 - Dr Joseph Schnackers, chirurgien orthopédique
 - Dr Pierre Toussaint, anesthésiste
 - Dr Marc Van Laer, chirurgien vasculaire et thoracique
- **Membres suppléants**
 - Dr Michel Coibion, gynécologue
 - Dr Catherine Kestens, psychiatre
 - Dr Stéphane Schindler, gynécologue
- **Invité permanent**
 - Dr Philippe Olivier, directeur médical

Le management du CHC en 2013

Le Comité de direction du groupe CHC

L'organigramme général du CHC donne une vue d'ensemble du groupe.



Précisons également les directions de département infirmier pour chacune des 6 cliniques, soit :

- Clinique Saint-Joseph : Frédéric Carrier
- Clinique de l'Espérance : Evelyne Wey
- Clinique Saint-Vincent : Isabelle Thys
- Clinique Notre-Dame Waremme : Dominique Bonhivers
- Clinique Notre-Dame Hermalle : Françoise Muller
- Clinique Sainte-Elisabeth : Fabienne Maréchal

Les médecins-chefs des services médicaux

Si l'organigramme résume le cadre de management du CHC pour ce qui concerne le **pan administratif** du groupe, il convient de souligner le pan lié à **l'activité médicale** et les médecins-chefs de service en poste au CHC en 2013.

Médecins-chefs de service pour l'agrément 152

(Cliniques Saint-Joseph, Espérance, Notre-Dame Waremmes, Notre-Dame Hermalle)

Anatomopathologie	→ Dr Véronique Jossa
Anesthésiologie	→ Dr Pascal Leclercq
Biologie clinique	→ Dr Nadine Cielniaszek
Cardiologie	→ Dr Philippe Marcelle
Chirurgie abdominale	→ Dr Serge Markiewicz
Chirurgie esthétique	→ Dr Xavier Nélissen (f.f.)
Chirurgie orthopédique	→ Dr Jean-Pierre Berger
Chirurgie pédiatrique	→ Dr Toàn Khúc
Chirurgie vasculaire et thoracique	→ Dr Anne Dawance
Dermatologie	→ Dr Antoinette Henrijean
Endocrinologie	→ Dr Christine Daubresse
Gastroentérologie	→ Dr Boris Bastens
Gériatrie	→ Dr Thierry Guillaume
Gynécologie – Obstétrique	→ Dr Pino G. Cusumano (f.f.)
Imagerie médicale (département)	→ Dr Georges Houben
Médecine de l'appareil locomoteur	→ Dr Geoffrey Brands
Médecine dentaire	→ Dr Guy Darimont
Médecine nucléaire	→ Dr Pierre Gomez
Néphrologie	→ Dr Philippe Bovy
Neurochirurgie	→ Dr Daniel Raket (f.f.)
Neurologie	→ Dr Philippe Desfontaines
Oncologie	→ Dr Marie-Pascale Graas
Ophthalmologie	→ Dr Béatrice Gougnard
ORL	→ Dr Joseph Borrás
Pédiatrie (département)	→ Dr Pierre Philippet
• Pédiatrie (service – Espérance)	→ Dr Frédéric Piéart
• Soins intensifs et urgences pédiatriques (service – Espérance)	→ Dr Frédéric Lebrun
Pneumologie	→ Dr Pierre Saint-Remy
Psychiatrie	→ Dr Franz Bartholomé
Radiothérapie (service universitaire ULg)	→ Pr Philippe Coucke
Soins intensifs	→ Dr Philippe Devos
Soins palliatifs	→ Dr Ferdinand Herman
Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale	→ Dr Jean-Marie Bertrand (f.f.)
Urgences	→ Dr Patrick Camelbeeck
Urologie	→ Dr Bernard Similon

Médecins-chefs de service pour l'agrément 158

Biologie clinique	→ Dr Pol Carlier	▶ Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Imagerie médicale (département)	→ Dr Georges Houben	▶ Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Pédiatrie (département)	→ Dr Pierre Philippet	▶ Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Psychiatrie	→ Dr Benoît Troisfontaines	▶ Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Anesthésiologie	→ Dr Philippe Hubert	▶ Saint-Vincent
Chirurgie	→ Dr Olivier Wéry	▶ Saint-Vincent
Hôpital de jour chirurgical	→ Dr Etienne Longestay	▶ Saint-Vincent
Maternité et MIC	→ Dr Marc Horion	▶ Saint-Vincent
Néonatalogie	→ Dr Pierre Maton	▶ Saint-Vincent
Procréation médicalement assistée	→ Dr Annick Delvigne	▶ Saint-Vincent
Anesthésiologie + Hôpital de jour	→ Dr Alain Vandenhove	▶ Sainte-Elisabeth
Chirurgie	→ Dr Joseph Schnackers	▶ Sainte-Elisabeth
Gastroentérologie	→ Dr Olivier Cajot	▶ Sainte-Elisabeth
Gériatrie	→ Dr Thierry Guillaume	▶ Sainte-Elisabeth
Gynécologie – Obstétrique	→ Dr Nathalie Séverin	▶ Sainte-Elisabeth
Médecine interne	→ Dr Michel Deliège	▶ Sainte-Elisabeth
Médecine physique et réadaptation	→ Dr Bernard Godon	▶ Sainte-Elisabeth
Soins intensifs	→ Dr Abdelkrim Essahib	▶ Sainte-Elisabeth
Urgences	→ Dr Léon Masamuna	▶ Sainte-Elisabeth

La maîtrise de stage

A noter que la responsabilité de la maîtrise de stage n'incombe pas toujours au chef de service.

Discipline	Maîtrise de stage	Date de reconnaissance
Anesthésiologie – Réanimation	→ Dr Philippe Paris	▶ Aout 2011 (renouvellement)
Chirurgie digestive, endocrine et générale	→ Dr Joseph Weerts	▶ Juin 2009 (renouvellement)
Chirurgie orthopédique	→ Dr Serge Willems	▶ Octobre 2009
Gastroentérologie	→ Dr Boris Bastens	▶ Avril 2012
Gériatrie	→ Dr Thierry Guillaume	▶ Janvier 2012
Gynécologie – Obstétrique	→ Dr Olivier Wéry	▶ Juillet 2012 (renouvellement)
Imagerie médicale	→ Dr Georges Houben	▶ Juillet 2012
Médecine générale (A152)	→ Dr Philippe Marcelle	▶ Mars 2012
Médecine générale (A158)	→ Dr Michel Deliège	▶ Septembre 2013
Médecine interne	→ Dr Luc Longrée	▶ Février 2011
Médecine physique et réadaptation	→ Dr Albert Debrun	▶ Mai 2010 (renouvellement)
Neurologie	→ Dr Philippe Desfontaines	▶ Juillet 2010
Oncologie médicale	→ Dr Christian Focan	▶ Février 2011
Pédiatrie	→ Dr Pierre Philippet	▶ Février 2012
Psychiatrie (en particulier psychiatrie de l'adulte)	→ Dr Benoît Troisfontaines	▶ Janvier 2010 (renouvellement)
Réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	→ Dr Albert Debrun	▶ Novembre 2011 (renouvellement)

Acteurs du CHC

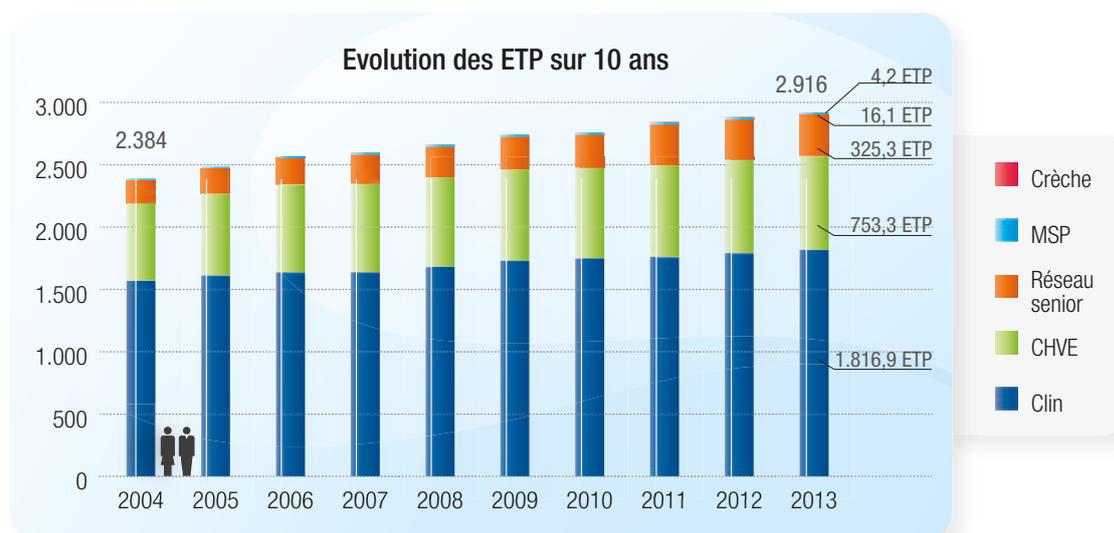
La première richesse du CHC est constituée par les femmes et les hommes qui y travaillent au quotidien. Comme toute entreprise de service, a fortiori une entreprise de soins qui nécessite sens du contact et dévouement, le CHC a pleinement conscience que le facteur humain intervient en première ligne dans les soins aux patients et résidents.

En 2013, les acteurs du CHC, tous métiers confondus, représentent :

- pour le secteur salarié : 4.088 personnes, soit 2.916 équivalents temps pleins (ETP)
- pour les indépendants : 849 personnes

Le personnel du CHC

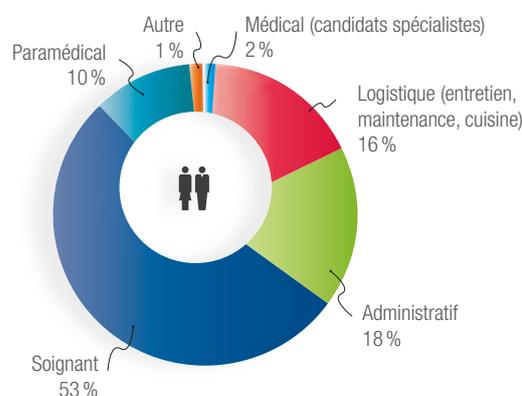
Evolution du volume de l'emploi



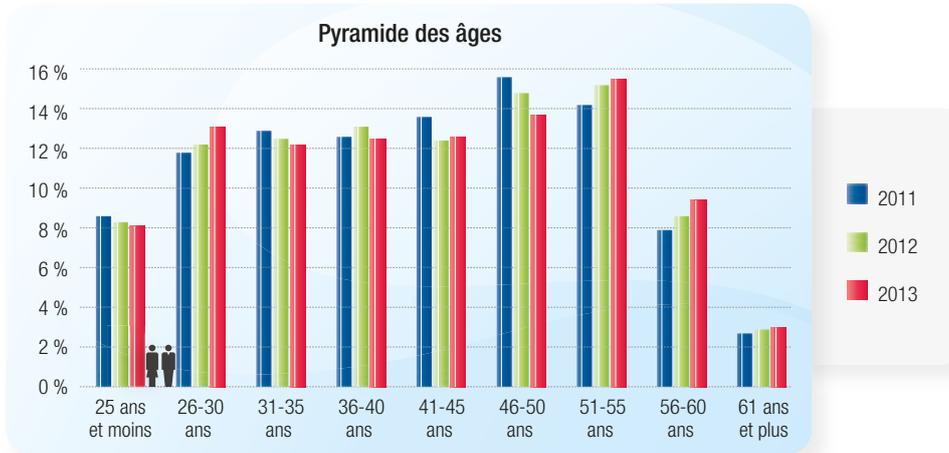
Répartition des ETP

Le personnel est à plus de 50% composé de soignants (1.537 ETP) auxquels s'ajoutent 515 ETP administratifs, 468 ETP salariés pour la logistique (entretien, maintenance, cuisine) et 307 ETP paramédicaux. Pour information, les 849 médecins et autres prestataires (dentistes, kinésithérapeutes, psychologues, ...) travaillant au CHC ne sont pas inclus dans ces statistiques car il s'agit de prestataires indépendants (à l'exception des candidats spécialistes).

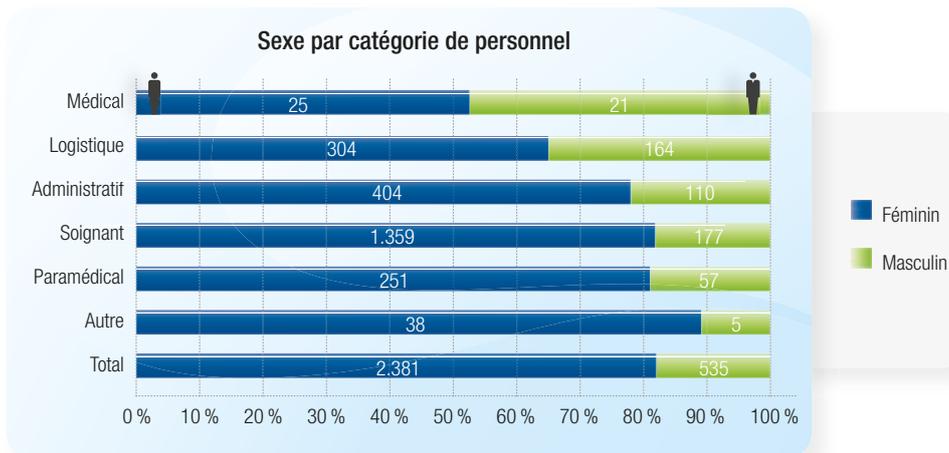
ETP 2013 par catégorie de personnel



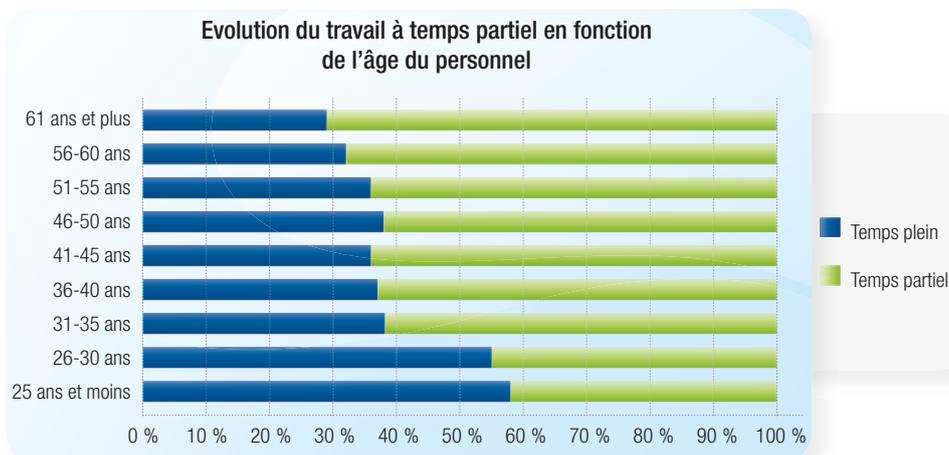
La pyramide des âges du personnel montre que 21 % du personnel a moins de 30 ans, 25 % a entre 30 et 40 ans, 26 % entre 40 et 50 ans et 28 % a plus de 50 ans.



Le personnel est en majorité féminin (82 % du personnel) dans tous les secteurs d'activité.



Au CHC, comme dans le secteur hospitalier en général, les temps partiels représentent près de 60 % des contrats de travail, avec un pic chez les personnes de plus de 55 ans.



Les médecins et prestataires indépendants

En 2013, on compte au CHC 849 médecins et autres prestataires indépendants, soit des dentistes, psychologues, logopèdes, kinésithérapeutes...

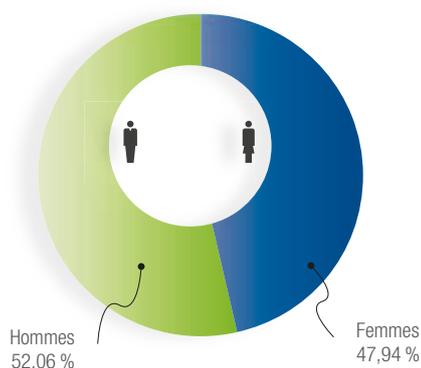
Ces médecins et prestataires se répartissent comme suit selon les sites hospitaliers :

	CHC globalisé	Saint-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
Présents en 2013	849	362	256	132	154	167	165
Entrés en 2013	66		48			18	
Sortis en 2013	60		45			15	

A noter que, dans la mesure où la plupart des services médicaux sont organisés de manière transversale, beaucoup de praticiens du CHC travaillent en multisites. Il est donc logique que le chiffre global des prestataires ne soit pas égal à la somme des parties.

La composition des équipes de praticiens est stable. Seuls 60 prestataires ont quitté le CHC en 2013. Par ailleurs, 66 prestataires sont venus renforcer les services. Les équipes médicales du CHC exercent une attractivité certaine sur la profession, encore renforcée ces dernières années.

Répartition hommes - femmes

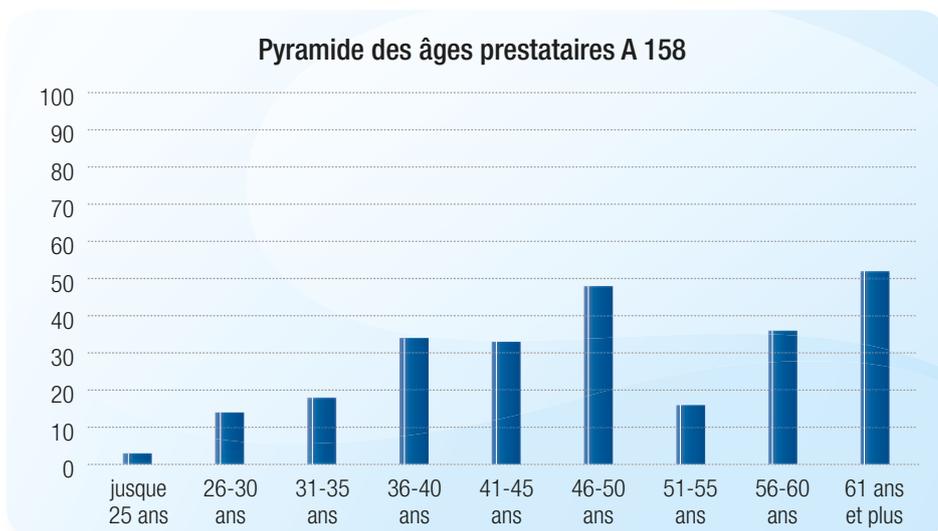
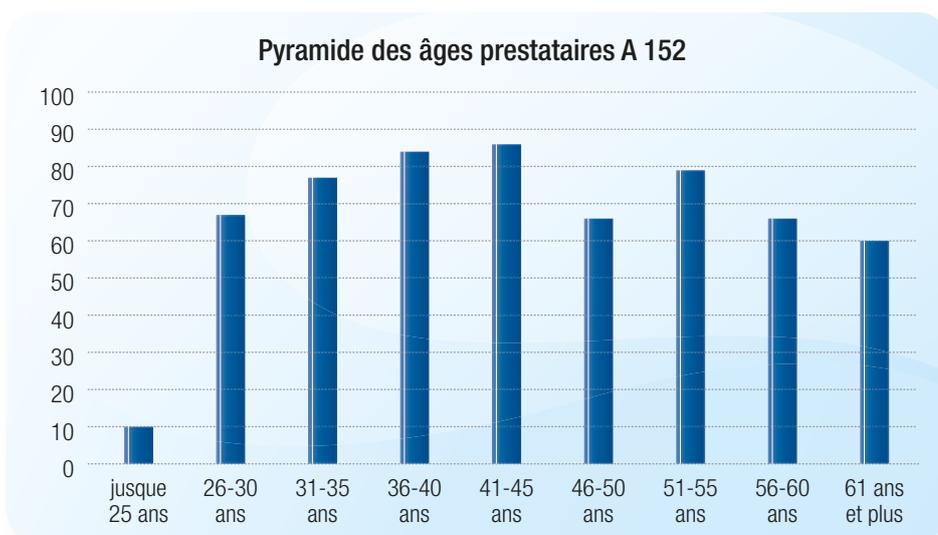


Si le personnel salarié est à 82 % féminin, la féminisation de la profession ne ment pas pour ce qui concerne les prestataires indépendants du CHC, assurant une quasi parité. Tous âges confondus, la répartition se fait quasi à l'équilibre, avec 47,94 % de dames et 52,06 % d'hommes.

La direction médicale veille à une meilleure gestion humaine des indépendants en appuyant divers projets tout au long de l'année, mais également en organisant une réunion de présentation mutuelle sous forme de speed-dating pour les nouveaux venus. Cette rencontre permet aux nouveaux médecins et prestataires de se faire connaître mais également de rencontrer les principaux acteurs de l'institution. La réunion fournit également l'occasion de présenter le fonctionnement de l'institution et les relations entre hôpital et médecins.

Pyramide des âges

Les prestataires de soins du CHC sont relativement jeunes, 48 ans en moyenne pour l'ensemble des praticiens du CHC.



Mais aussi...

Les assistants

Chaque année, le CHC accueille dans ses services des médecins candidats spécialistes. En 2013, 45 médecins ont poursuivi leur formation dans une des 6 cliniques du CHC. Ces médecins sont attachés aux services d'anesthésiologie, biologie clinique, chirurgie digestive, endocrine et générale, chirurgie orthopédique, gastroentérologie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, médecine de l'appareil locomoteur, médecine interne, neurologie, oncologie médicale, pédiatrie et psychiatrie.

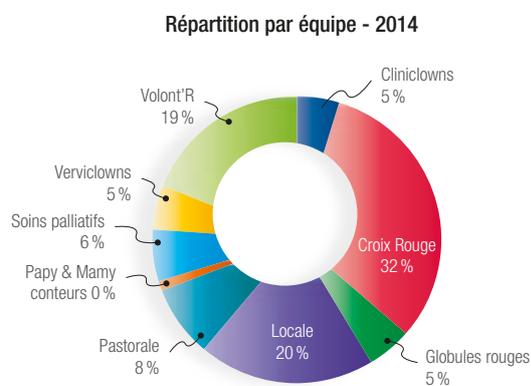
Les volontaires

Plus de 240 personnes contribuent à améliorer la prise en charge des patients du CHC avec un statut de volontaire. Ils forment une vingtaine d'équipes au sein des cliniques et maisons de repos et travaillent soit directement sous l'autorité du CHC, soit par le biais d'associations partenaires comme la Croix-Rouge, Volont'R, la Pastorale, les Globules rouges ou les Cliniclowns...

Les volontaires sont essentiellement des dames et âgés de plus de 55 ans pour 88 % d'entre eux. Ils sont présents entre 4 et 8 heures par semaine. L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et les petits services sont les prestations principales qu'ils offrent après une formation adaptée.

Une coordination du volontariat a été mise en place en 2009 au CHC. L'objectif est multiple : améliorer l'intégration des volontaires dans une dynamique professionnelle, en veillant à leur encadrement et leur formation, mais également leur apporter une meilleure reconnaissance et une meilleure visibilité. Outre la création d'un groupe de travail réunissant régulièrement les personnes concernées par cet encadrement

au CHC, tous les volontaires actifs du groupe sont invités à une assemblée bisannuelle permettant de partager tant les grands projets du CHC (MontLégia, ...) que certaines pré-occupations plus quotidiennes (éthique, confidentialité, ...).



Les stagiaires

Comme tout hôpital, le CHC accueille chaque année des centaines de stagiaires infirmiers mais aussi de stagiaires médecins. Ces jeunes en formation découvrent leur futur univers professionnel et complètent les équipes de soins. Ils sont au nombre de :

- 160 pour les stagiaires médecins pour les 3^e et 4^e masters (ULg – UCL)
- 3.240 pour les stagiaires en soins infirmiers et paramédicaux (baccalauréat, 4^e année de spécialisation, brevet, promotion sociale)

A noter que le CHC accueille également d'autres jeunes en stage de formation, dans tous les autres domaines (administratif, ressources humaines...), mais dans de moindres proportions. Ils ne sont pas répertoriés ici.

Les stagiaires infirmiers se répartissent comme suit selon les sites hospitaliers :

Formation ▼	Ecoles ▼	Saint-Joseph ▼	Espérance ▼	ND Wareme ▼	ND Hermalle ▼	Saint-Vincent ▼	Sainte-Elisabeth ▼
Baccalauréat soins infirmiers + 4 ^e année spécialisation	→ Haute école Province de Liège – Liège	165	99	6	16	143	57
	→ Haute école Province de Liège – Verviers	0	0	0	0	0	148
	→ Haute école Province de Liège – Huy	128	46	32	0	0	0
	→ Haute école libre mosane (Helmo) – Liège	420	269	144	139	303	21
	→ Institut supérieur d'enseignement infirmier – Louvain-la-Neuve	0	0	0	0	10	0
Brevet soins infirmiers	→ Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical (Barbou) – Liège	0	0	0	233	54	0
	→ Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical – Verviers	0	0	0	0	0	174
	→ Ecole Saint-Joseph – Ste-Julienne – Liège	314	89	31	0	21	0
Enseignement de promotion sociale – Liège		69	19	16	74	0	0
Total/site		1.096	522	229	462	531	400
TOTAL CHC							3.240

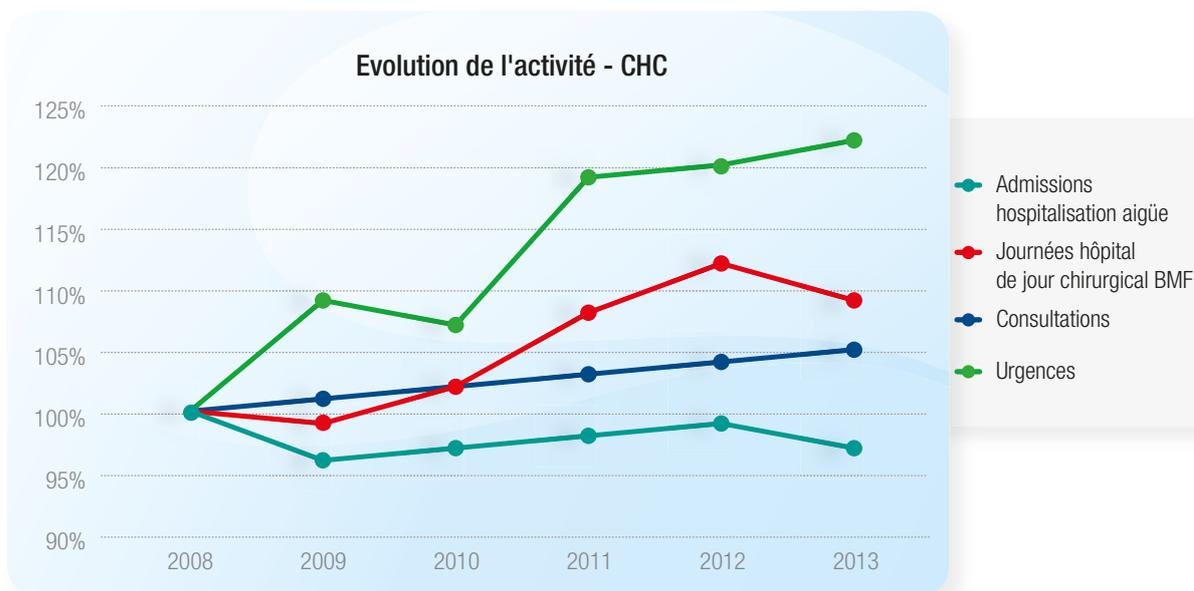
Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

Evolution de l'activité hospitalière en quelques chiffres clés

Au 1^{er} janvier 2013, le CHC a reçu l'agrément pour convertir 17 lits C+D en lits de soins intensifs : 11 lits I sur Saint-Joseph et 6 lits I à caractère pédiatrique sur l'Espérance, ce qui porte le nombre de lits de soins intensifs à 52 lits.

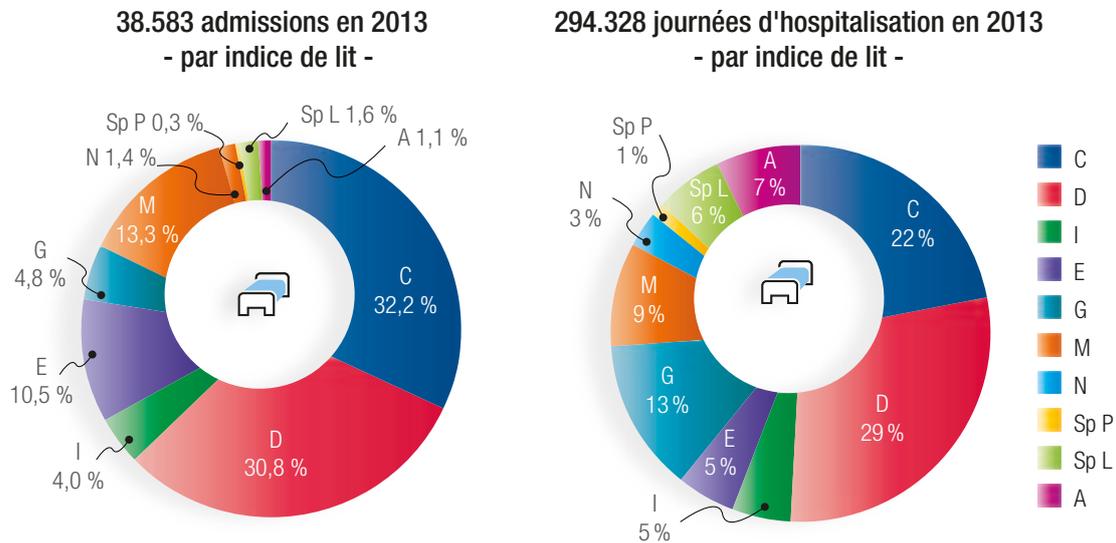
	CHC 2011	CHC 2012	CHC 2013	Saint-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth	
Activité hospitalière – Nombre de lits hospitalisation classique au 31 décembre										
C/D	→ Médecine et chirurgie	520	520	503	215	100	42	48	30	68
I	→ Soins intensifs	35	35	52	22	12	6	6		6
E	→ Pédiatrie	67	67	67		67				
G	→ Gériatrie	126	126	126	48		24	30		24
M	→ Maternité	125	125	125	44				61	20
N	→ Soins intensifs néonataux	35	35	35					35	
SP pal	→ Soins palliatifs	6	6	6				6		
SP loco	→ Revalidation	56	56	56		20	16	20		
A	→ Neuropsychiatrie	75	75	75					75	
TOTAL		1.045	1.045	1.045	329	199	88	110	201	118



L'hospitalisation de jour continue sa bonne croissance, fortement influencée par les activités du centre de la douleur notamment à la clinique Sainte-Elisabeth.

	CHC 2011	CHC 2012	CHC 2013	Saint-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
Activité hospitalière – Hospitalisation de jour									
→ Médical	20.274	21.459	22.764	9.601	2.274	2.300	4.806	738	3.045
→ Chirurgical – Journées BMF	10.741	11.124	10.830	2.350	1.732	750	1.168	2.682	2.148
→ Chirurgical – Autres	16.776	17.869	18.460	4.273	1.266	736	1.826	1.140	9.219
TOTAL	47.791	50.452	52.054	16.224	5.272	3.786	7.800	4.560	14.412

En hospitalisation classique, la chute du nombre de journées et d'admissions par rapport à 2012 s'explique essentiellement par une baisse de l'activité en maternité, en soins néonataux intensifs et en C/D. Une partie de la chute en C/D et en E s'explique également par le glissement vers l'indice I suite à la conversion des lits (augmentation de plus de 5.000 journées et 670 admissions en indice I).



	CHC 2011	CHC 2012	CHC 2013	Saint-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
--	----------	----------	----------	--------------	-----------	-----------	-------------	---------------	------------------

Activité hospitalière – Journées et admissions en hospitalisation classique
Journées d'hospitalisation classique

→ C/D	160.095	160.619	151.819	71.379	30.191	10.383	16.271	4.766	18.829
→ I	9.596	9.618	15.076	6.682	3.987	1.150	1.825		1.432
→ E	19.056	17.932	15.919		15.919				
→ G	37.905	37.737	37.882	13.490		8.496	10.318		5.578
→ M	27.609	28.412	25.576	3.084				18.695	3.797
→ N	9.654	10.354	8.866					8.866	
→ Sp pal	1.869	1.850	1.965				1.965		
→ Sp loco	17.948	17.755	17.750		6.194	5.018	6.538		
→ A	23.600	18.519	19.475					19.475	
TOTAL	307.332	302.796	294.328	94.635	56.291	25.047	36.917	51.802	29.636

Admissions en hospitalisation classique grandes portes (entrée du patient au CHC)

→ C/D	24.747	25.212	24.302	9.611	4.848	1.553	3.084	1.606	3.600
→ I	847	885	1.561	478	501	262	212		108
→ E	4.432	4.357	4.036		4.036				
→ G	1.756	1.851	1.852	516		320	609		407
→ M	5.364	5.523	5.144	615				3.754	775
→ N	590	576	530					530	
→ Sp pal	109	105	111				111		
→ Sp loco	602	598	613		233	165	215		
→ A	437	407	434					434	
TOTAL	38.884	39.514	38.583	11.220	9.618	2.300	4.231	6.324	4.890

De manière détaillée, les statistiques des activités hospitalières et en polycliniques évoluent de la sorte sur les 3 dernières années :

	CHC 2011	CHC 2012	CHC 2013	Saint-Joseph	Espérance	ND Waremme	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
Activité hospitalière – Autres statistiques									
→ Accouchements	4.672	4.805	4.459	535				3.302	622
→ Consultations médicales (hors médico-technique)	401.034	406.694	408.652	120.790	78.918	37.820	52.875	63.627	54.622
→ Consultations médicales polycliniques extérieures	55.929	55.734	51.839						
→ Imagerie médicale – examens	357.185	355.833	341.564	108.880	67.300	41.812	54.272	15.879	53.421
→ Imagerie médicale – examens extérieurs	7.307	6.980	5.397						
→ Biologie clinique – nombre d'analyses (en milliers)	5.767	6.022	5.977	1.764	1.051	448	663	809	1.242
→ Urgences adultes	76.683	77.937	79.344	19.186	23.238	8.858	15.806		12.256
→ Urgences enfants	24.780	24.965	25.575		25.575				
→ Sorties SMUR	1.768	1.679	1.697		1.182	515			
→ Bloc opératoire – nombre d'interventions	42.099	41.859	41.811	13.961	8.305	4.046	4.958	5.401	5.140

La diminution du nombre d'accouchements s'explique par la diminution des admissions en indice M (soit - 7 % par rapport à 2012).

Les urgences, toujours en croissance, ont accueilli plus de 105.000 patients dont 17.200 ont été hospitalisés. Ce qui représente plus de 45 % des admissions en hospitalisation classique.

Il est important de préciser que la statistique sur les interventions au bloc opératoire ne prend pas en compte tous les actes chirurgicaux. Sur certains sites, les actes chirurgicaux d'endoscopie ou de césariennes sont réalisés dans des salles hors du périmètre du bloc opératoire central. C'est notamment le cas à Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth.

Activité de la Maison de soins psychiatriques (Maison Notre-Dame – Waremme)

L'activité de la MSP de Waremme reste stable.

	CHC 2011	CHC 2012	CHC 2013
Activité MSP (Maison de soins psychiatriques)			
→ Nombre de lits	30	30	30
→ Journées MSP	11.136	10.523	10.984
→ Personnel en ETP	15,0	15,6	16,1

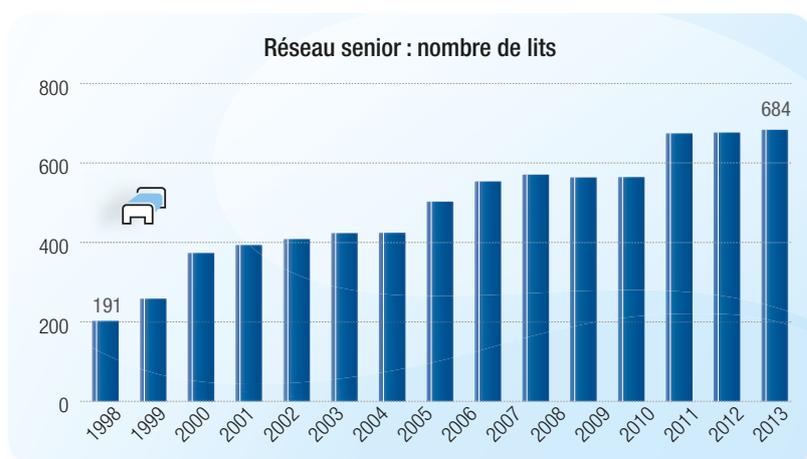
Activité du Réseau senior

Les derniers mouvements s'expliquent par les 7 lits additionnels de court séjour début 2013 à la Résidence Saint-Joseph (Membach).

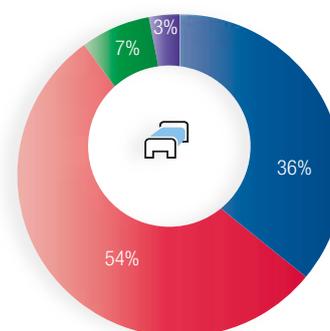
	CHC 2011	CHC 2012	CHC 2013

Activité du Réseau senior

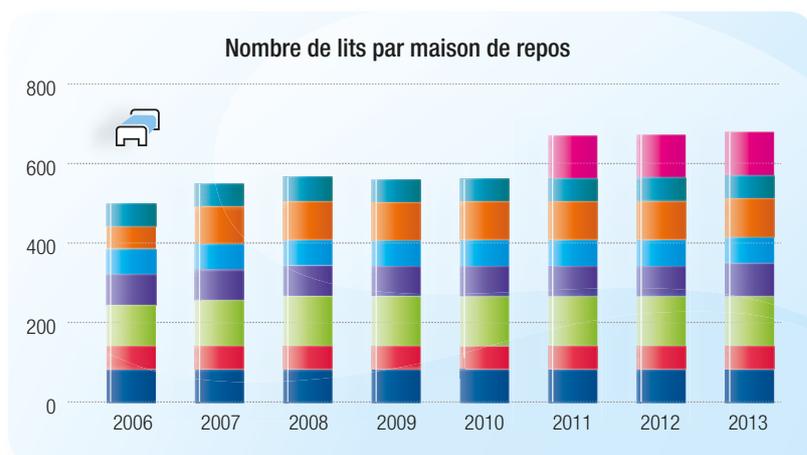
→ Nombre de lits	675	677	684
→ Journées	242.848	242.897	244.626
→ Personnel en ETP	326,6	321,8	325,3



Réseau senior Lits agréés au 31/12/2013



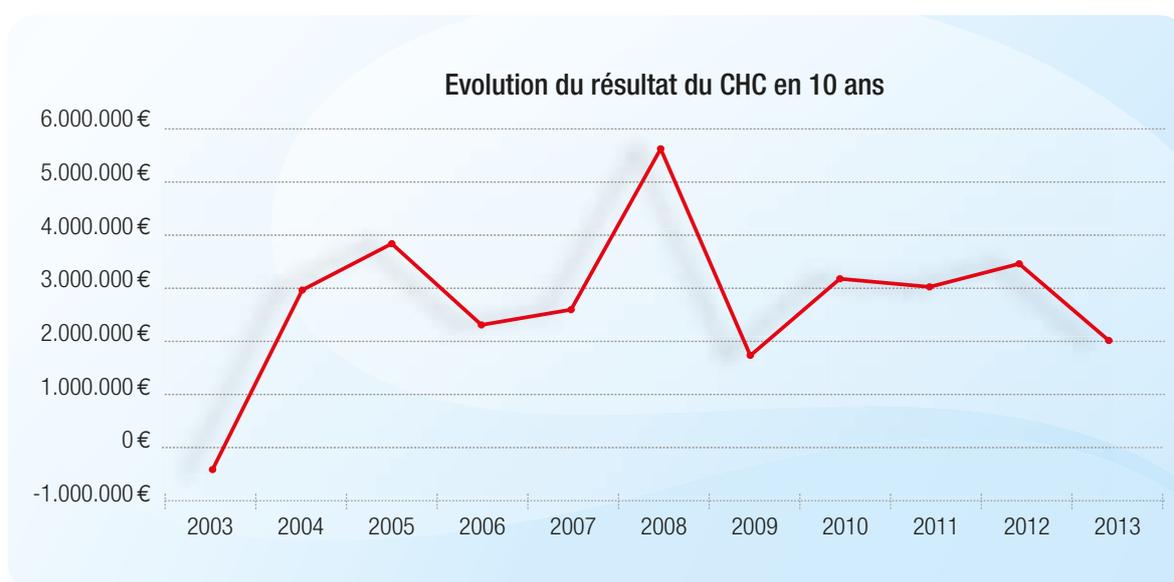
MR MRS Court séjour
Résidence service



Landenne
Heusy
Racour
Hermalle
Membach
Mativa
Carrefour
Banneux

Volet financier : Résultats et comptes annuels

Depuis 2004, le CHC a maintenu un résultat positif malgré les difficultés rencontrées depuis 10 ans notamment en terme de financement du secteur de la santé. L'exercice 2013 s'est clôturé par un résultat positif de 2 M€, soit 0,5% du chiffre d'affaires, tout en ayant provisionné en vue du nouvel hôpital. Ce résultat, en baisse, reste malgré tout positif dans un contexte où de plus en plus d'hôpitaux sont dans le rouge. L'enjeu majeur du CHC pour 2014 est de maintenir ce résultat positif et de continuer à soutenir ses nombreux projets qualitatifs pour assurer un haut niveau de prise en charge de ses patients et résidents.



Bilan CHC asbl

en milliers EUR	2013	2012
→ ACTIF		
Actifs immobilisés	192.131	192.583
I ▶ Frais d'établissement	825	1.068
II ▶ Immobilisations incorporelles	2.879	2.301
III ▶ Immobilisations corporelles	187.643	188.382
<i>Terrains et constructions</i>	136.782	140.832
<i>Matériel d'équipement médical</i>	12.563	13.809
<i>Matériel d'équip. non médical et mobilier</i>	12.440	12.630
<i>Location, financement</i>	3.755	4.637
<i>Immobil. en cours et acomptes versés</i>	22.103	16.476
IV ▶ Immobilisations financières	784	831
Actifs circulants	145.018	154.113
V ▶ Créances à plus d'un an	5.014	5.355
VI ▶ Stocks et commandes en cours	8.096	7.861
VII ▶ Créances à un an au plus	98.384	103.998
VIII ▶ Placements de trésorerie	17.649	16.725
IX ▶ Valeurs disponibles	14.016	17.925
X ▶ Comptes de régularisation	1.858	2.250
Total de l'actif	337.149	346.695

→ PASSIF

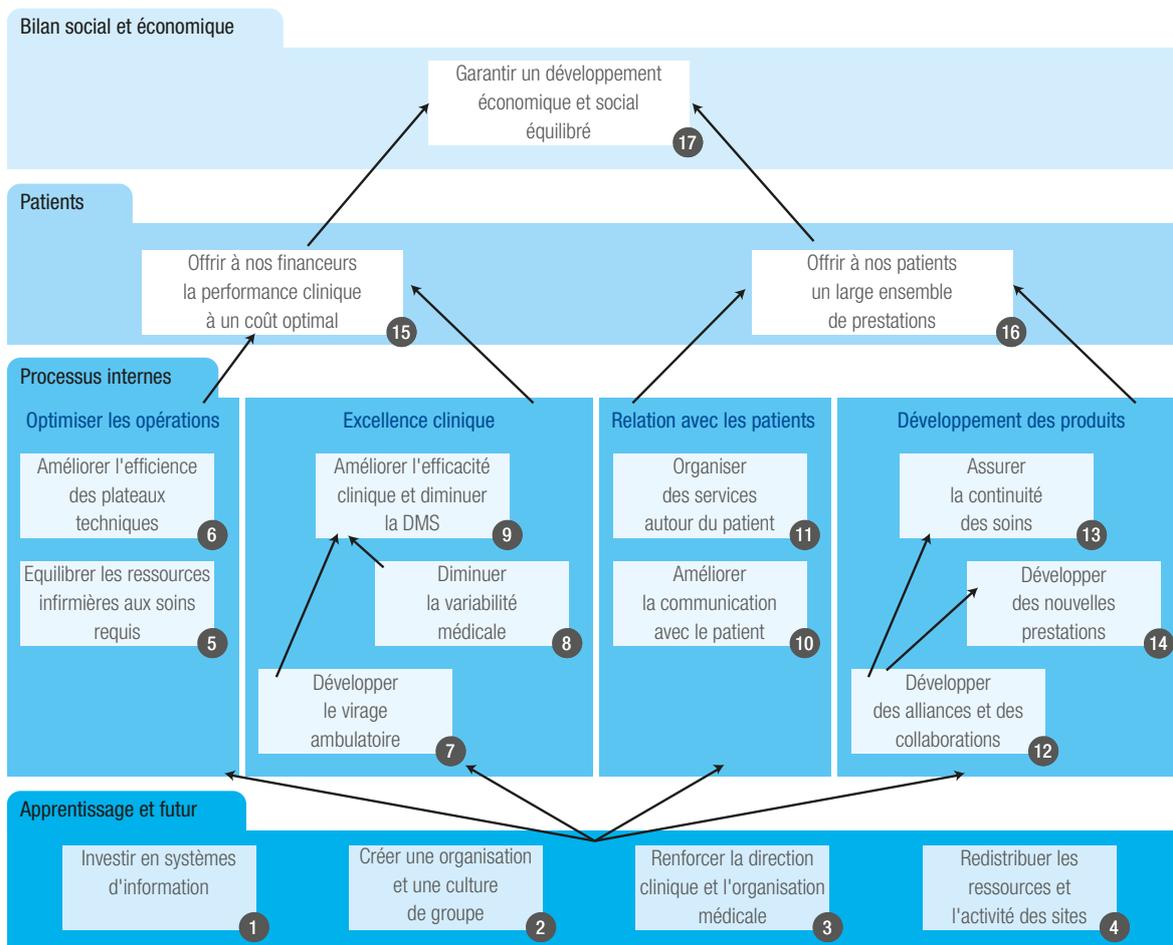
Capitaux propres	86.486	85.758
I ▶ Apports et dons en capital	13.032	13.032
III ▶ Réserves	2.702	2.702
IV ▶ Résultat reporté	55.973	53.970
V ▶ Subsidés d'investissement	14.779	16.055
VII ▶ Provisions pour risques et charges	38.096	35.366
VIII ▶ Dettes à plus d'un an	93.852	105.010
IX ▶ Dettes à un an au plus	115.644	117.772
▶ A. Dettes à + d'un an échéant ds année	12.633	13.826
▶ B. Dettes financières	0	0
▶ C. Dettes courantes	73.131	75.109
▶ D. Acomptes reçus	0	35
▶ E. Dettes fiscales, salariales et sociales	29.832	28.754
▶ F. Autres dettes	49	48
X ▶ Comptes de régularisation	3.070	2.789
Total du passif	337.149	346.695

Compte de résultats CHC asbl

en milliers EUR	ex 2013	ex 2012
→ COMPTE DE RESULTATS		
▶ Produits d'exploitation	404.562	398.141
70 Chiffre d'affaires	375.156	367.661
Budget moyens financiers	135.026	131.171
Suppléments des chambres	3.154	3.222
Forfaits conventions INAMI	21.216	20.045
Produits accessoires	1.989	2.128
Produits pharmaceutiques et assimilés	47.548	46.504
Honoraires	166.223	164.592
72 Production immobilisée	805	838
74 Autres produits d'exploitation	28.601	29.642
▶ Charges d'exploitation (-)	400.609	389.891
60 Approvisionnements et fournitures	74.432	74.004
61 Services et fournitures accessoires	121.516	116.376
62 Rémunérations et charges sociales	180.889	173.498
63 Amortissements, réd. valeur et provisions	18.211	21.079
64 Autres charges d'exploitation	5.560	4.934
▶ Résultat d'exploitation	3.953	8.250
75 Produits financiers	1.786	1.947
65 Charges financières (-)	4.368	5.134
▶ Résultat courant	1.370	5.064
76 Produits exceptionnels	4.053	2.557
66 Charges exceptionnelles (-)	3.420	4.172
RESULTAT DE L'EXERCICE	2.004	3.449



La carte stratégique pour implanter la vision du CHC



Suivi du plan stratégique

Soucieux d'assurer sa pérennité, le CHC a entamé, dès 2002, une large réflexion stratégique baptisée Azimut. L'objectif vise notamment à redéfinir la configuration du réseau et l'offre de soins proposée aux patients, en s'appuyant sur la spécificité et la complémentarité de ses établissements de soins.

Le présent chapitre s'articule autour des 8 axes qui forment le plan stratégique du CHC.

En 2002, la réflexion a été principalement guidée par une nécessité de gestion des acquis. Le CHC est le fruit de différentes fusions successives entamées en 1987 et couronnées en 2001 par le partenariat entre les Cliniques Saint-Joseph et le CHVE (Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth) qui se regroupent sous un même pouvoir organisateur.

Aujourd'hui, le CHC réunit en province de Liège pas moins de 6 cliniques, 8 maisons de repos, plusieurs polycliniques ainsi qu'une crèche. Le groupe travaille aujourd'hui à son intégration et à son développement, notamment en assurant les complémentarités entre ses pôles d'activité (cliniques et autres structures de prise de charge), afin de renforcer encore son véritable réseau de soins intégré.

Le plan Azimut s'articule en **8 axes**.

Afin de tenir son engagement, le CHC se doit d'agir dans plusieurs directions :

- 1 Développer l'offre de soins**, en :
 - proposant de nouvelles prestations
 - garantissant la continuité des soins
 - développant des collaborations efficaces avec les généralistes, les structures de soins à domicile, etc.

- 2 Améliorer l'orientation patient** dans la prise en charge, en :
 - organisant les services autour du patient
 - renforçant la communication avec le patient

- 3 Atteindre l'excellence clinique** dans le développement de la pratique médicale, en :
 - développant le virage ambulatoire
 - diminuant la variabilité médicale
 - améliorant l'efficacité clinique et en diminuant la durée moyenne de séjour

- 4 Optimiser les opérations**, en :
 - équilibrant les ressources infirmières aux soins requis
 - améliorant l'efficacité des plateaux techniques, comme les urgences, les blocs opératoires, les laboratoires, etc.

Afin de mettre en œuvre ces stratégies, le CHC s'investit dans les domaines suivants :

- 5 Développer des systèmes d'information performants** pour une gestion quotidienne plus globalisée et plus aisée

- 6 Repenser le rôle et la contribution de chaque clinique** au sein du réseau de soins du CHC, en :
 - développant des pôles d'activité spécifiques
 - rationalisant l'offre de soins, notamment en regroupant les trois cliniques liégeoises (Saint-Joseph, Espérance, Saint-Vincent) sur la future clinique du MontLégia

- 7 Renforcer la direction et l'organisation médicale** afin de définir un modèle d'organisation de l'activité médicale et de s'assurer à la fois de sa complémentarité et de sa performance

- 8 Accentuer l'organisation et la culture de groupe**



Axe 1 – Développer l'offre de soins

Développer l'offre de soins, en :

- proposant de nouvelles prestations
- garantissant la continuité des soins
- développant des collaborations efficaces avec les généralistes, les structures de soins à domicile, etc.

Clinique Sainte-Elisabeth

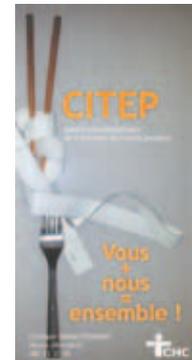
CITEP : une prise en charge globale du surpoids et de l'obésité

Une nouvelle entité clinique a vu le jour mi-2013 à la clinique Sainte-Elisabeth : le CITEP, pour centre interdisciplinaire de traitement de l'excès pondéral. Il rassemble les différentes spécialités traitant déjà de l'obésité et du surpoids : chirurgie, endocrinologie, diététique, gastroentérologie, psychologie, psychiatrie, neurologie, médecine physique, sexologie, etc. Une équipe pluridisciplinaire propose au patient une prise en charge globale et personnalisée, solution la plus efficace pour perdre du poids de manière saine et durable.

Le patient peut s'y présenter spontanément ou sur les conseils de son médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste. Le CITEP lui apporte l'approche thérapeutique, chirurgicale ou autre, la mieux adaptée à sa situation et assure un suivi sur le long terme. L'orientation est décidée

en équipe et le médecin généraliste associé tout le long du parcours.

L'excès pondéral, et plus spécifiquement l'obésité, est une maladie chronique qui peut entraîner de nombreux problèmes de santé (hypertension, diabète, troubles respiratoires, maladies cardiovasculaires, dépression...) et dont les causes sont multiples (mauvaise hygiène de vie, prédisposition héréditaire, trouble psychologique...). D'où l'utilité d'une prise en charge au long cours par différents spécialistes. C'est ce que propose le CITEP dont les atouts sont : le souci du patient, la qualité et la diversité de l'offre de soins, la cohésion de son équipe, l'écoute permanente, le partenariat étroit avec le médecin traitant, sans oublier la motivation, clé de la réussite.



Clinique Saint-Joseph

Gastroskopie par le nez : le CHC pionnier en Belgique

Depuis début 2013, le service de gastroentérologie du CHC offre le choix au patient qui passe une gastroscopie (examen endoscopique de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum) entre la voie orale ou nasale. Peu répandue encore, la gastroscopie par le nez (ou nasogastroskopie) présente une série d'avantages pour le patient et le médecin. D'abord, elle ne nécessite pas d'anesthésie, à la différence de la gastroscopie standard, habituellement réalisée sous sédation en raison des nausées et de la sensation d'étouffement qu'elle provoque. Le patient peut ainsi reprendre une activité normale aussitôt après l'examen. Cet examen convient donc particulièrement aux personnes pour lesquelles l'anesthésie présente un risque : les personnes âgées, les personnes hyper-obèses, les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire ou d'apnées du sommeil... Ensuite, la nasogastroskopie améliore le confort du patient et facilite la tâche du médecin : le patient est en position assise (intérêt pour les personnes très corpulentes et/ou en chaise roulante) ; il peut parler avec le gastroentérologue et déglutir pendant l'examen.



CHVE Des prélèvements sanguins à domicile

Grâce à une collaboration avec Aide & soins à domicile (ASD), via l'utilisation d'un réseau d'infirmières existant, les laboratoires des cliniques Sainte-Elisabeth et Saint-Vincent proposent des prélèvements sanguins à domicile sur rendez-vous, en complément des centres de prélèvement du CHVE.

Cette collaboration permet aux cliniques Sainte-Elisabeth et Saint-Vincent de s'introduire dans des zones non encore couvertes et, à ASD, d'élargir sa palette de services, parallèlement aux soins à domicile. Le patient, quant à lui, y gagne en confort, puisque ce service lui est offert et ne génère aucun surcoût.

Chaque infirmière d'ASD couvrant une petite zone d'activité, il était nécessaire de trouver des points de chute pour y déposer les prélèvements effectués avant 10h30. Pour la région verviétoise, un accord a été passé avec le réseau de pharmacies «V Pharma». Pour la région liégeoise, les points de dépôt sont des pharmacies, des bureaux de la mutualité chrétienne ou encore des polycliniques du CHC. Les prélèvements sont alors récoltés et déposés avant midi à Sainte-Elisabeth et Saint-Vincent par un coursier professionnel qui dispose du matériel de transport adéquat. Il sait le jour même dans quels points de dépôt il doit se rendre. Ce système est opérationnel 5 jours sur 7.

Clinique de l'Espérance La clinique de la mémoire s'exporte au domicile du patient

Depuis 2004, la clinique de la mémoire propose une revalidation cognitive pour les patients atteints d'affections neurologiques diverses (Alzheimer, sclérose en plaques, atteintes vasculaires, ...).

Lorsqu'un patient est adressé au service de neurologie, le neurologue détermine, en fonction des difficultés objectivées, les différents examens à réaliser. En fonction des résultats, un traitement médicamenteux est instauré. Parallèlement, en fonction du type et de l'étendue des troubles, une prise en charge en revalidation (neuropsychologique, ergothérapeutique ou multidisciplinaire) lui est proposée.

Chaque prise en charge est différente et personnalisée pour chaque patient en fonction de ses difficultés, de ses capacités préservées, de ses plaintes et de celles de sa famille.

Aujourd'hui, le travail réalisé à la clinique de la mémoire peut être optimisé et renforcé par le passage de l'ergothérapeute au domicile du patient, ce qui permet d'analyser plus précisément l'impact des difficultés cognitives sur la vie quotidienne du patient et de déterminer les objectifs de la prise en charge. Au besoin, lorsque les objectifs sont atteints à la clinique de la mémoire, l'ergothérapeute peut aider à transposer les acquis au domicile.



Clinique de l'Espérance – Pédiatrie

Réorganisation pour l'hospitalisation psychosociale

Dans les services de pédiatrie, de nombreux enfants hospitalisés voient leur séjour motivé ou prolongé pour raisons psychosociales : difficultés familiales, maltraitance, toxicomanie parentale, troubles de l'attachement, troubles ou retards mentaux... A l'Espérance, la prise en compte de cette dimension sociale a démarré il y a plus de 40 ans sous l'égide du Pr H. Hainaut. En 2013, le service a opté pour un renforcement de l'organisation de la prise en charge de ces jeunes patients, avec la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire dédiée aux enfants fragilisés par une problématique psychosociale. Cette équipe est chargée d'établir un diagnostic, de définir un projet thérapeutique pour chaque enfant et de travailler

un cadre pour faire des parents des partenaires du projet, le tout en un temps minimum. Les décisions y sont prises en équipe et la gestion des patients se fait au jour le jour, en assurant une permanence de l'équipe 24h/24. L'équipe psychosociale s'insère donc comme une équipe spécialisée au sein de la pédiatrie générale, au même titre que celles qui prennent en charge telle ou telle pathologie spécifique.

Si l'ensemble du service s'est entendu sur le fait qu'il ne fallait pas créer de ghetto pour ces enfants, les mêmes acteurs ont compris l'avantage en matière d'encadrement des enfants ou d'accueil des parents qu'offre un rassemblement géographique. Situés dans le couloir vert, 8 lits sont ainsi dédiés prioritairement, mais pas exclusivement, aux hospitalisations psychosociales. Ces lits constituent néanmoins un milieu ouvert qui fait partie intégrante de l'unité. Ce changement d'infrastructure s'est fait sans augmentation de lits. C'est donc bien un objectif qualitatif et non quantitatif qui motive la démarche.

Clinique Saint-Joseph

L'humour comme thérapie, sérieusement !

L'humour est connu pour ses propriétés anxiolytiques, facilitant le contact social. Mais il est également mentionné comme un moyen d'éviter les sujets difficiles, qu'il faudrait justement aborder en thérapie afin d'amener le patient à un changement positif pour son avenir. Différents styles d'humour ont été décrits, dont certains favorisent le bien-être psychologique, comme l'humour d'affiliation (détendre l'atmosphère dans un groupe sans se montrer agressif envers les autres). Par contre, d'autres styles d'humour, comme l'humour d'autodépréciation excessif (exposer ses défauts à ses proches pour qu'ils en rient, en espérant ainsi être mieux accepté) sont clairement associés à une baisse d'estime de soi et à la dépression.

Membre du service de psychiatrie depuis 2006, le Dr Christophe Panichelli réalise actuellement une étude clinique destinée à évaluer l'efficacité de la psychothérapie individuelle, et plus particulièrement du rôle joué par l'humour au sein de l'interaction avec le patient. Cinquante patients ont été inclus dans une première étude dont les résultats sont actuellement en cours d'analyse, dans le cadre d'une thèse de doctorat en collaboration avec le Pr Marc Anseau du CHU de Liège. Un article théorique a été publié en septembre 2013 dans l'American Journal of Family Therapy.

Le CHC, centre d'excellence oncologique

L'activité oncologique au CHC est importante avec, chaque année, environ 2.000 nouveaux cas de cancers, soit environ 3,5% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en Belgique. Au CHC, la prise en charge oncologique concertée n'est pas un vain mot : les patients de chacun des sites hospitaliers bénéficient d'une prise en charge globale avec le dépistage, le diagnostic (et pour ce dernier, des services d'anatomopathologie et de biologie moléculaire et génétique réactifs), le traitement et le suivi de la maladie.

Le CHC vise à rencontrer la plupart des besoins médicaux, paramédicaux et psychosociaux des patients par un encadrement et une prise en charge personnalisés de qualité qui tiennent compte de leur état clinique et de leur statut oncologique.



Désormais, le CHC est accrédité par l'ESMO en tant que **centre intégré d'oncologie (CIO) et de soins palliatifs**. Une double reconnaissance scientifique de la qualité des

soins et de la prise en charge globale. L'ESMO (pour European society for medical oncology) représente la principale organisation européenne professionnelle d'oncologie médicale et constitue le pendant de l'ASCO (American society of clinical oncology). Cette société scientifique poursuit les objectifs complémentaires que sont l'enseignement, la reconnaissance professionnelle et la qualité globale de la prise en charge. Par qualité globale, on entend le volet médical (avec des guidelines notamment au niveau des traitements généraux impliquant une prise en charge pluridisciplinaire et de support), mais également le volet paramédical (apports diététique, psychologique et social, ...), l'information ainsi que l'accompagnement du patient.

La reconnaissance de l'ESMO fait des services d'oncologie et de soins palliatifs du CHC des centres d'excellence. Un label de qualité enviable quand on sait que seuls 150 centres dans le monde (dont seulement 9 en Belgique) sont accrédités. Avec l'Institut Bordet à Bruxelles et le CHU de Mont-Godinne, le CHC est le 3^e centre en Belgique francophone à obtenir cette reconnaissance.

L'année 2013 a également été marquée par de nouveaux développements dans l'approche oncologique globale.

Bien-être et revalidation oncologique

Les traitements des cancers (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, ...) sont éprouvants et peuvent induire des dysfonctionnements tant physiques que psychosociaux. Il est impératif de veiller au bien-être des patients vivant avec un cancer, dont le nombre a fortement augmenté ces dernières années.

Pour assurer celui-ci, le CHC s'appuie notamment sur l'Espace+, d'abord à la clinique Saint-Joseph depuis plusieurs années et, depuis 2013, aussi à Hermalle et Waremmes.

La revalidation oncologique intervient aussi dans ce sens. Elle rassemble différents abords qui améliorent la qualité de vie globale du patient, dans ses aspects médicaux, sociaux et psychologiques. Elle se déroule à la clinique Notre-Dame Hermalle en groupe de 5 à 8 personnes, sur une période de 6 mois, à raison de 2 séances de 2 heures par semaine. Une kinésithérapeute et une ergothérapeute sont présentes lors de ces séances afin d'aider les patients à récupérer une endurance cardio-respiratoire, fortifier et assouplir les muscles, réapprendre à utiliser correctement son corps, chacun à son rythme, tout en étant soutenu par le groupe.

Activité physique et rythmes biologiques

De nombreuses études montrent que, outre le rôle préventif d'une activité physique, parmi les patients ayant subi une intervention chirurgicale et/ou bénéficiant d'un traitement complémentaire (chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie), ceux qui conservent en même temps une activité physique régulière, telle que gymnastique, fitness, marche... ont des rythmes biologiques bien meilleurs, une meilleure survie, une meilleure qualité de vie et un meilleur pronostic, que ceux qui ont une activité physique moindre. Le risque de récurrence est donc moins élevé chez ces patients et leur survie à 4 ans est doublée.

L'activité physique permet par ailleurs de maintenir des rythmes biologiques de base plus proches de ceux des sujets « normaux ». On sait en effet qu'une altération du rythme biologique circadien de base peut faciliter la survenue d'un cancer. Par ailleurs, les sujets exposés à une chimiothérapie auront des chances de survie nettement accrues si leur rythme de base reste normal. Le CHC est attentif à ces connaissances et utilise, à cette fin, des actomètres, montres qui déterminent la qualité des rythmes circadiens chez les patients.

Une prise en charge diététique à la clinique Sainte-Elisabeth

À la clinique Sainte-Elisabeth, une prise en charge diététique des patients oncologiques est assurée par une diététicienne engagée à cette fin. Tous les patients qui reçoivent une chimiothérapie à l'hôpital de jour sont vus par la diététicienne, qui se rend également dans les services en cas d'hospitalisation. Elle travaille en collaboration avec l'infirmière coordinatrice en oncologie, la psychologue ainsi que le personnel soignant. Cette prise en charge est complète et concerne l'éducation alimentaire, la perte de poids et la prévention de la dénutrition ainsi que l'organisation d'ateliers culinaires. La diététique en oncologie n'apporte pas que des conseils alimentaires, elle joue également un rôle relationnel avec comme objectif de permettre aux patients de se sentir mieux et, par conséquent, d'améliorer leur statut nutritionnel. Cette fonction existe également dans les autres cliniques du CHC.

Un projet pilote en oncogériatrie

L'oncogériatrie, rapprochement de l'oncologie et de la gériatrie, vise à garantir à tout patient âgé atteint d'un cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire.

Les experts recommandent que tous les patients âgés de 70 ans ou plus bénéficient d'une évaluation «gériatrique». Le but principal est d'identifier les critères de fragilité du patient qui ne sont pas directement liés à l'évolution de la maladie, mais plutôt à son âge (tels que les chutes fréquentes, les problèmes nutritionnels, ...) permettant d'orienter l'équipe médicale vers une évaluation gériatrique plus approfondie si besoin. Dans un premier temps, la détection de ces problèmes se fait au moyen d'un très bref questionnaire permettant d'identifier les patients qui devraient, ensuite, bénéficier d'une évaluation plus détaillée. Celle-ci prendra en compte les besoins médicaux, fonctionnels, cognitifs et sociaux, incorporant les souhaits du patient par rapport au niveau d'agressivité du traitement.

Une première phase du projet pilote d'oncogériatrie du CHC, bénéficiant d'un soutien du Plan cancer, visait à évaluer globalement l'intérêt d'une évaluation couplée à la fois oncologique et gériatrique chez des sujets cancéreux non sélectionnés âgés de plus de 70 ans. Depuis décembre 2012, un nouveau projet de recherche est réalisé dans 22 centres belges incluant le service d'oncologie du CHC. Le but de cette étude nationale est d'intégrer au mieux l'évaluation gériatrique détaillée et structurée au centre de la planification thérapeutique. En pratique quotidienne, en effet, cette évaluation est rarement appliquée en raison du temps nécessaire (minimum 1 heure), du manque de personnel disponible et aussi du faible remboursement prévu par la sécurité sociale.



Un Blueprint spécial oncologie

L'année 2013 a aussi été marquée, pour le service d'oncologie, par l'édition d'un numéro hors-série du Blueprint, paru en janvier. Ce numéro spécial ne fait pas nécessairement le point sur tous les derniers acquis en matière de traitements de pointe. D'autres s'en chargent régulièrement ailleurs, mais aussi dans d'autres articles de cette même revue. Par contre, les médecins ont voulu montrer et rappeler tout ce que les équipes oncologiques du CHC peuvent apporter au patient pour optimiser sa prise en charge et sa qualité de (sur)vie.

L'objectif était également de rencontrer l'intérêt des médecins généralistes, également concernés par le confort de leurs patients, grâce au caractère résolument pratique des diverses contributions de ce numéro spécial.

Clinique Saint-Joseph Extension de l'hôpital de jour médical

En passant de 16 lits et 6 fauteuils à 19 lits et 7 fauteuils, l'hôpital de jour médical de la clinique Saint-Joseph a gagné 4 places.

Concrètement, une ancienne chambre commune de 6 fauteuils a été transformée en une chambre à 2 lits. Une autre chambre avec 1 lit et 1 fauteuil est devenue une chambre à 2 lits. Et un nouvel espace, situé dans les anciens locaux de la pharmacie, a été transformé en une salle de 7 fauteuils (avec la possibilité de se coucher si besoin). Ceux-ci sont réservés aux traitements prescrits dans le cadre de maladies auto-immunes (hématologiques, fibromyalgie, maladie de Crohn, côlon irritable, ...), moins toxiques que les chimiothérapies. Ces traitements non oncologiques représentent environ 20 % des traitements administrés à l'hôpital de jour médical.

Deux nouveaux bureaux ont également été aménagés, la salle d'attente a été relookée et les couloirs ont été entièrement repeints, ainsi que certaines chambres. Le but de ces travaux était d'offrir un espace d'accueil plus agréable pour les patients et les familles, mais aussi de répondre à un manque de place qui risquait d'empêcher le développement du secteur oncologique de jour, tout en respectant les normes de sécurité et de confort.



Une salle d'attente relookée

Clinique Saint-Joseph Accueil mieux adapté à l'hôpital de jour chirurgical

L'hôpital de jour chirurgical de la clinique Saint-Joseph a adapté sa structure afin d'améliorer le roulement des patients et la qualité de l'accueil. Le patient est accueilli non plus par l'infirmière et l'aide-logistique à tour de rôle, mais par les deux en binôme. L'infirmière effectue l'anamnèse et les contrôles qualité habituels pendant que l'aide-logistique s'occupe des formalités administratives. Cette nouvelle procédure permet :

- de réduire les temps d'attente et d'éviter les retards grâce à une meilleure rotation des patients (150 patients par semaine en moyenne dans l'unité)
- d'accueillir le patient dans une ambiance plus décontractée, et ainsi de réduire son stress avant son transfert au bloc opératoire (dans un délai de deux heures maximum après son arrivée)

Le gain est donc triple : pour le patient, pour l'hôpital de jour et pour le bloc opératoire.

Par ailleurs, l'unité s'est dotée d'une salle de sortie par laquelle passe le patient qui a été opéré avant de quitter l'hôpital. Cela permet de récupérer rapidement un lit pour une autre intervention.

Clinique Notre-Dame Waremme **L'hôpital de jour s'étend**

Jusqu'il y a quelques années, les sœurs dominicaines de Lubbeck occupaient une partie du premier étage de la clinique Notre-Dame Waremme, à côté de l'hôpital de jour. Leurs quartiers se composaient de quatre chambres, une salle de bains, une salle à manger et un salon. Après le départ des dernières religieuses, ces pièces ont trouvé deux nouvelles utilisations : des bureaux pour le personnel administratif en manque de place suite à la création de nouveaux postes et un espace de rangement pour l'hôpital de jour.

Petit à petit, ce dernier a connu une augmentation de son activité. Le démarrage de l'oncologie sur le site de Waremme n'y est pas étranger. Certains jours, il affichait plus que complet et l'activité allait grandissant. D'où l'idée d'utiliser les anciens locaux de la congrégation.

Les couloirs n'étant pas assez larges pour le passage de lits, l'espace a été repensé pour l'installation de six fauteuils, prioritairement réservés pour les chimiothérapies : quatre locaux avec un fauteuil et lavabo plus un espace avec deux fauteuils et lavabo. L'extension de l'hôpital de jour compte également un local partagé par l'infirmière chef et la psychologue en charge de l'oncologie. L'installation se complète par un WC pour les patients et un WC réservé au personnel, ainsi qu'une réserve. Le parking extérieur de la clinique a lui aussi été aménagé : quatre places sont réservées aux patients de l'hôpital de jour médical.

Clinique Notre-Dame Hermalle **Extension de l'unité de gériatrie**

Depuis septembre 2013, les travaux d'extension de la gériatrie sont en cours à Hermalle. Le service passe de 30 à 37 lits, et s'étend sur le plateau de l'aile voisine, anciennement occupé par l'hôpital de jour. Tous les châssis de fenêtre ont été remplacés. Le plateau a été transformé et accueille 3 chambres à 2 lits, 2 chambres à 1 lit, une salle à manger (qui servira aussi de salle d'ergothérapie), une salle de kiné et une salle de bains adaptée. Ces aménagements visent plus de confort pour les patients (WC et cabinets de toilette individuels) et plus d'ergonomie pour les soignants (système de lève-malade). Les nouveaux locaux permettront aux kinésithérapeutes et ergothérapeutes d'organiser des activités impossibles à réaliser auparavant. Cette première phase de travaux s'est achevée au printemps 2014.

Après la réfection de l'ancien hôpital de jour, les travaux se poursuivent en 2014 par la rénovation des anciennes chambres communes de l'unité. Les deux chambres à 4 lits n'abriteront plus que 3 lits, et celle à 3 lits deviendra une chambre à 2 lits. Un jeu de chaises musicales doit permettre de jongler avec les chambres en travaux, avant que le service atteigne sa pleine capacité de 37 lits. Le staff infirmier a évolué et l'organisation du travail s'est adaptée au fur et à mesure de l'ouverture des lits. Cette extension et rénovation d'unité représente un investissement de près de 490.000 €.

Clinique Notre-Dame Waremme **Du nouveau pour le flux cytostatique**

Depuis toujours, à la clinique Notre-Dame Waremme, les chimiothérapies étaient préparées à l'hôpital de jour, dans un cadre ne répondant plus aux nouvelles normes légales... En effet, la loi prévoit que la préparation des cytostatiques doit se faire sous la supervision d'un(e) pharmacien(ne).

Il fallait donc trouver un endroit proche de la pharmacie pour implanter le nouveau flux cytostatique. Trois locaux ont été dégagés au sous-sol de la clinique, en face de la pharmacie. Le premier sert de réserve, le deuxième à la préparation du matériel et le troisième abrite le flux proprement dit, qui a été remplacé vu son ancienneté. Il est en effet primordial d'éviter la nocivité au moment de la préparation, car certains produits cytostatiques, volatiles, peuvent être très toxiques, ce qui explique les critères stricts d'aspiration du flux, du système de surpression et dépression entre les locaux afin de respecter les normes PICS ainsi que les règles d'hygiène hospitalière.

Chaque mois, entre 170 et 200 préparations cytostatiques sont programmées pour les patients sous chimiothérapie, soit plus de 2.200 par an.

Clinique Notre-Dame Waremmes **La MSP a 20 ans**

Le 1^{er} septembre 1993, la clinique Notre-Dame Waremmes inaugurait sa Maison de soins psychiatriques (MSP) de 30 lits. Symboliquement, cette ouverture coïncide avec la fusion de la clinique Notre-Dame Waremmes et des cliniques Saint-Joseph et Espérance. La MSP répondait à une demande, aucune structure psychiatrique n'existant dans la région de Waremmes. Au fil du temps, la MSP et son équipe de soins se sont spécialisées dans la prise en charge de patients psychotiques, le plus souvent schizophrènes. Deux types de séjour y sont proposés : le séjour de longue durée pour les patients atteints d'une pathologie chronique et des courts séjours avec projet de réhabilitation pour l'extérieur. La MSP est aujourd'hui un point de référence, avec une dynamique propre et une équipe pluridisciplinaire, qui permet au personnel soignant d'avoir différents regards sur le patient et sa situation. Elle est souvent visitée quand il y a un projet de construction d'une structure de ce type ailleurs.

A l'occasion des 20 ans de la MSP, deux manifestations figuraient au calendrier 2013 : un goûter des familles, avec représentation théâtrale mise en scène et jouée par des patients et des membres du personnel, et une fête pour le personnel et les conjoints. Deux événements sont encore prévus en 2014 : une fête uniquement pour les patients, encadrés par le personnel, et une journée festive pour le personnel de Notre-Dame Waremmes.

Polycliniques extérieures **Fin d'activité**

En 2013, le CHC a mis fin à son activité d'imagerie médicale au sein de la polyclinique de Stavelot. Cette activité n'a jamais pu décoller réellement et la sagesse préconisait de recentrer les ressources sur le service d'imagerie de la clinique Sainte-Elisabeth.

Autre activité transférée, le CHC a cédé l'activité du centre dentaire hutois à un dentiste local qui souhaitait étendre son activité et travailler en équipe. Il faut dire que la polyclinique avait vu désertier plusieurs de ses dentistes. Qu'un prestataire de soins puisse s'y investir et en tenir pleinement les rênes, c'est le scénario qui garantit la pérennité du cabinet dentaire.

Réseau senior **Extension de la résidence Saint-Charles à Landenne**

Le CHC a décidé en 2013 d'agrandir la résidence Saint-Charles à Landenne (commune d'Andenne, en province de Namur) appartenant à son Réseau senior. La construction d'un nouveau bâtiment a commencé au printemps 2014, pour une ouverture prévue mi-2015. La capacité de la résidence passera alors de 110 à 119 lits (dont 15 lits pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Les chambres seront toutes individuelles et plus spacieuses, tandis que le personnel disposera d'un plus grand espace de travail, ce qui contribuera au bien-être des résidents, à la qualité des soins et de l'hôtellerie et à un accueil plus convivial des familles. Cette extension permettra aussi de répondre aux nouvelles normes wallonnes qui entreront en application début 2015.

Réseau senior – Résidence d'Heusy

Une nouvelle maison de repos en construction



L'excavation de la future maison de repos, en octobre 2013

Annoncé au printemps 2011, le projet d'extension de la Résidence d'Heusy a démarré en octobre 2013, avec quelques retards dus à divers recours qui ont nécessité une adaptation du projet et surtout une nouvelle demande de permis, avec les étapes admi-

nistratives que cela suppose. Ce nouveau bâtiment va être construit sur le terrain situé à l'arrière de l'actuelle maison de repos.

A terme, la résidence va quasi doubler sa capacité, avec une centaine de lits MR et MRS, et augmenter son équipe. Elle apportera une réponse plus adaptée aux besoins des personnes âgées, notamment en matière de confort général mais également d'infrastructure : cantous, jardin protégé, morgue, salon funéraire, chapelle y sont prévus. La nouvelle résidence doit également apporter un mieux au personnel, avec des locaux professionnels plus ergonomiques.

La fin du gros œuvre fermé est prévue pour début 2015 et l'ouverture devrait avoir lieu mi 2016. Ce nouveau bâtiment représente un investissement de près de 12M° €, dont 4,4M° € sont subsidiés par la Région wallonne.

Synergie entre réseaux hospitalier et senior

La diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) est une tendance générale dans les hôpitaux belges, lesquels sont du reste pénalisés financièrement à chaque fois que leur durée d'hospitalisation dépasse la DMS nationale pour une pathologie donnée. Afin de réduire la DMS, le CHC améliore la post-hospitalisation notamment en renforçant les synergies entre ses réseaux hospitalier et court séjour en maison de repos. Le Réseau senior du CHC possède 49 lits de court séjour (occupés à 90 %) et en ouvrira 60 supplémentaires d'ici à 2016-2017.

Plusieurs outils ont été mis en place pour mieux anticiper la sortie du patient et, au besoin, lui proposer une prise en charge extrahospitalière :

- le logiciel DSJWeb, un outil de gestion de la DMS en temps réel via internet, utilisé par les équipes médicales et consulté par les assistantes sociales
- le dossier social informatisé, qui permet d'accélérer le traitement des dossiers au niveau du service social
- l'affiliation programmée du Réseau senior à la plate-forme web Easy Wait, qui renseigne en temps réel les places disponibles en maison de repos



Axe 2 – Améliorer l'orientation patient

Améliorer l'orientation patient dans la prise en charge, en :

- organisant les services autour du patient
- renforçant la communication avec le patient

Sainte-Elisabeth

Arc-en-ciel au-dessus de la maternité

L'itinéraire clinique (IC) arc-en-ciel vise à accompagner la future maman du début de la grossesse (12^e semaine) jusqu'à la sortie de la maternité. Lancé en 2007 à la clinique Saint-Vincent, il a été adapté en septembre 2013 à la maternité de Sainte-Elisabeth, en tenant compte de ses spécificités et de ses ressources. Objectif : accompagner et informer le couple afin de lui permettre de faire des choix éclairés et de vivre sereinement la grossesse et la naissance à la maternité.

Pratiquement, l'IC propose un accompagnement par le biais d'une double rencontre avec la sage-femme (aux 15^e et 36^e semaines de grossesse) et de trois séances d'informations prénatales. Cet itinéraire s'appuie également sur des outils, comme le carnet de suivi de grossesse, la roue arc-en-ciel, calendrier et aide-mémoire de toutes les étapes de la grossesse, et la farde d'information, véritable condensé de toutes les facettes et toutes les étapes de la grossesse, mais également du début de la vie à trois (rôle du père, alimentation du nouveau-né, premier mois de vie du bébé, ...). Le tout, en complément des visites chez le gynécologue, sans jamais les remplacer.

Les gynécologues ont bien compris l'avantage de la démarche pour les futures mamans, surtout celles qui attendent leur premier enfant. Une première évaluation fait état d'une satisfaction unanime chez les patientes après la première rencontre, soulignant l'utilité des informations, la confiance établie, l'apport des informations présentes dans les outils... Côté professionnel, on apprécie le partage d'information et la traçabilité du suivi entre gynécologues, pédiatres et sages-femmes, l'individualisation et la meilleure préparation du séjour, de même que la possibilité d'anticiper en cas de situation à problème.

Notons encore que depuis octobre 2013, la maternité propose les petits-déjeuners sous forme de buffet self-service, avec passage libre entre 7h30 et 9h30. Avantage pour la maman : manger à l'heure qui lui convient, selon la qualité de la nuit (la sienne comme celle du bébé) et le rythme des tétées. En 2013, 6 chambres de la maternité ont aussi été rafraîchies, après 6 autres chambres en 2012.



Clinique Saint-Vincent **Préadmission systématique pour les accouchements**

La clinique Saint-Vincent (qui possède l'une des plus importantes maternités de Belgique, avec plus de 3.000 naissances par an) a rendu la préadmission systématique pour les mamans. Saint-Vincent propose depuis 2007 un itinéraire clinique destiné à aider les mamans à vivre sereinement leur grossesse et la naissance de leur enfant. Cet itinéraire prévoit une dernière visite aux alentours de la 36^e semaine, visite à laquelle trop peu de mamans participaient. La clinique a décidé d'en faire un passage obligé, de sorte que le dossier de la patiente (anamnèse, antécédents, streptocoque B, situation psychosociale...) soit en ordre à son admission pour l'accouchement. Ce qui améliore la qualité et la sécurité de la prise en charge, mais aussi les conditions de travail du personnel (gain de temps, moins de stress, meilleur contact avec la patiente...). La préadmission (sans surcoût pour la maman) permet en outre de mieux préparer la patientèle à une durée de séjour « acceptable » (3 jours pour un accouchement, 4 pour une césarienne). Afin d'accompagner au mieux les mamans avant et après la naissance, la clinique propose, en plus des consultations des sages-femmes, des gynécologues et des pédiatres, des consultations en lactation ainsi qu'un suivi à domicile assuré par des sages-femmes indépendantes en étroite collaboration avec l'institution.

Clinique Saint-Vincent **Trois journées complètes de consultation en lactation par semaine**

La consultation en lactation rencontre un grand succès à la clinique Saint-Vincent. Pour répondre à la demande croissante, les plages horaires ont été élargies en 2013 à trois journées complètes par semaine : le lundi, le mercredi et le vendredi. Les cinq consultantes en lactation de la clinique se relaient pour rencontrer les mamans (une quinzaine par semaine en moyenne) sur rendez-vous. Elles organisent aussi une préparation individuelle prénatale et rencontrent les mamans à la maternité en cas de problème d'allaitement. La clinique Saint-Vincent affiche un taux d'allaitement de 75 % à la sortie de la maternité. Un excellent résultat qui récompense tous les efforts des sages-femmes de terrain et des consultantes.



Clinique Saint-Vincent **Meilleur confort lors des soins kangourou**

Le service de néonatalogie de la clinique Saint-Vincent a reçu un don de 7.000€ de la Fondation Belfius pour son projet visant à améliorer le confort des mamans lors des soins kangourou, dans le cadre de l'appel à projets « Colour your hospital » de 2012. Recommandés par l'OMS (Organisation mondiale de la santé), les soins kangourou consistent à porter son bébé sur sa poitrine, peau contre peau. Cette méthode simple et bon marché, initiée par des pédiatres colombiens dans les années septante, est reconnue pour ses bienfaits pour le nourrisson. Associé au lait maternel, le portage favorise le bon développement du prématuré. Le don a servi à l'achat de 5 fauteuils confortables et adaptés à ce type de soin et de bandeaux de portage pour un peau à peau optimal et sûr. Le service a par ailleurs réalisé une brochure éducative pour les parents et affiché des posters dans l'unité. Chaque bébé hospitalisé en néonatalogie à Saint-Vincent bénéficie, si son état le permet, de soins kangourou quotidiens.

Un site internet pour le centre de PMA



Ce nouveau site, ouvert dans le giron du site chc.be, est à l'image de son équipe: complexe mais savamment dosé, positif et explicite. On y retrouve des informations techniques et pratiques, des témoignages, des questions et leurs réponses, des photos, une atmosphère, de l'empathie... Toutes ces choses qui font le cœur et le corps du service de PMA.

www.pma.chc.be

Clinique Notre-Dame Waremme Un Espace+ en devenir

Dans le cadre de l'appel à projets 2012 de l'opération « Colour your hospital » de la Fondation Belfius, le service hôtelier de la clinique Notre-Dame Waremme avait déposé un projet consistant à aménager une cuisine afin d'y organiser des ateliers culinaires pour les patients atteints d'un cancer. Objectif: leur redonner l'envie de manger tout en adaptant le matériel et la texture afin de répondre aux pathologies et aux contraintes liées aux traitements. Le projet a été retenu, les travaux ont été effectués fin 2013.

Ce projet souhaitait aussi offrir aux patients et à leurs familles un cadre de vie plus humain et plus convivial via ce nouvel espace situé au rez-de-chaussée de la clinique (ancienne bibliothèque, à côté de la chapelle). Le local servira également aux psychologues pour les groupes de parole. Et pour rassembler sur un même lieu divers services pour les patients oncologiques, la sacristie a été déplacée pour laisser la place à l'esthéticienne sociale.

Clinique Notre-Dame Hermalle Inauguration de l'Espace+

En avril, le CHC a inauguré un Espace+ à la clinique Notre-Dame Hermalle. L'inauguration a été précédée d'un défilé de lingerie et de maillots de bain (pour les patientes ayant subi une ablation partielle ou totale du sein) et d'une présentation de prothèses capillaires.

Dans de nouveaux locaux agréables et fonctionnels situés au 1^{er} étage de la clinique, l'Espace+ centralise les activités bien-être que la clinique proposait déjà à ses patients oncologiques. Certaines sont régulières (soins esthétiques, tai chi, massage, atelier cuisine), d'autres occasionnelles (journée bien-être, journée maquillage avant Noël, atelier d'art floral, atelier chocolat). La participation est gratuite, l'Espace+ étant entièrement financé par le mécénat.

L'Espace+ propose également, en collaboration avec l'ASBL Cancer et psychologie, un espace pour les enfants et adolescents confrontés à la maladie d'un proche. Ils y sont accueillis par des psychologues.



Inauguration des locaux de l'Espace+

Réseau senior

Projet intergénérationnel récompensé par la Wallonie



Les représentants de la commune de Baelen et du Réseau senior, en compagnie de la Ministre wallonne de la santé Eliane Tillieux, à la remise des prix Egalité

La résidence Saint-Joseph de Membach a été lauréate en 2013 du prix Egalité de la Wallonie récompensant des projets relatifs à l'égalité des chances. Elle a remporté le prix de la catégorie de l'intergénérationnel, d'un montant de 10.000 €, pour son projet intitulé *Insolite à Membach*.

Unique en Wallonie, *Insolite à Membach* est un projet conjoint de la commune de Baelen (où se situe le petit village de Membach, proche d'Eupen) et de la maison de repos Saint-Joseph, principal employeur du cru. Les deux partenaires ont aménagé un ensemble de cabanes au naturel devenu un véritable carrefour des générations. Accessible à tous les habitants, aux résidents et à leurs proches, aux enfants des membres du personnel, cet espace crée des relations durables et intenses entre personnes de différentes générations, qui apprennent ainsi à mieux se connaître.

La commune de Baelen et la résidence Saint-Joseph avaient bénéficié pour ce projet bénévole d'un subside régional de 53.000 €, accordé dans le cadre d'un appel à projets de l'ancien Ministre Benoît Lutgen. La résidence va aussi recevoir une somme de 43.000 € d'un legs géré par la commune et destiné aux personnes âgées, avec laquelle elle aménagera une véranda. Les 10.000 € du prix Egalité serviront à l'équipement de celle-ci.

Clinique de l'Espérance

Une chambre des défunts pour les enfants

Entre 10 et 12 enfants décèdent chaque année au service des soins intensifs pédiatriques, avec le défi chaque fois renouvelé de s'adapter aux spécificités des familles : configuration familiale, dimension culturelle, religion...

Pour apporter plus de confort aux parents qui souhaitent une dernière fois prendre leur enfant dans les bras et partager ce moment en famille, un espace pédiatrique a été aménagé dans la salle des défunts. A l'origine, les enfants reposaient dans le même espace que celui des adultes, seul un rideau les séparait. Espace lumineux pour le corps de l'enfant, fauteuils confortables pour les parents, couleurs vives omniprésentes et illustrations symboliques aux murs en constituent les grandes lignes.

Un protocole d'accompagnement du décès permet de ne rien laisser au hasard.



Un espace pédiatrique aménagé dans la salle des défunts

La médiation : 32% des plaintes

En 2013, le CHC a ouvert 296 dossiers de plainte, soit un dossier pour 10.000 contacts patients et un indice de 0,05 % comme en 2012. Cet indice est calculé en divisant le nombre de plaintes par le nombre d'admissions (hospitalisations classiques, hospitalisations de jour, urgences, maison de soins psychiatriques, consultations). Les plaintes portent essentiellement sur les soins médicaux, les soins infirmiers et la facturation.

Comme déjà observé les autres années, le plaignant est avant tout motivé par le souhait d'informer l'institution sur un dysfonctionnement (27 %) ou par une demande d'information (19 %). Les trois autres principaux objectifs des

plaignants sont le refus de paiement et la rectification de facture (11 %) ainsi que la demande de dédommagement (10 %).

La plupart des plaintes sont adressées à la médiation (32 %), à la direction médicale (26 %) et à la direction de la clinique (23 %). Depuis sa mise en place par la loi relative aux droits des patients il y a 10 ans, la médiation a vu le nombre de plaintes qui lui sont directement adressées multiplié par 5 (de 7 à 38 %). Conformément aux procédures en vigueur, les plaintes sont traitées essentiellement par la direction médicale (55 %) et la médiation (39 %). Le délai moyen de traitement de la plainte est passé de 61 jours en 2004 à 46 jours en 2013.

Service social

Nouvelle dynamique

Le service social du CHC a poursuivi en 2013 la nouvelle dynamique engagée l'année précédente, visant à plus de transversalité et d'efficacité. Une coordinatrice intersites avait été désignée pour mieux structurer et positionner le service, qui regroupe 33 assistantes sociales pour les 6 cliniques et 2 pour le Réseau senior. Une des premières initiatives a été d'organiser des journées de team building et des rencontres avec d'autres départements. Le service social est d'autre part impliqué dans le travail réalisé par les médecins et le département infirmier pour réduire la durée moyenne de séjour (DMS). Les assistantes sociales disposent de nouveaux outils permettant une gestion plus efficace des dossiers, tels le dossier social informatisé et un accès au dossier infirmier informatisé, en cours d'implémentation, et à DSJWeb (logiciel utilisé à titre pilote dans plusieurs unités de soins pour gérer la DMS des patients en temps réel via le web).

Réorganisation à Saint-Joseph

Le service social de la clinique Saint-Joseph a connu de profonds changements en 2013. Son équipe composée de 9 assistantes sociales a été redéployée en fonction des besoins des unités de soins et les horaires réaménagés. Une assistante sociale est affectée spécifiquement à la liaison gériatrique, une autre aux urgences, et un système de « back-up » a été mis en place (chaque référente est suppléée par une collègue en cas d'absence). Un numéro d'appel unique et en cascade a été ouvert pour améliorer la communication avec les autres services. Enfin, le service social dispose désormais d'une salle de consultation pour les visiteurs.



Un poste de garde médicale à côté de Notre-Dame Hermalle

L'association des médecins généralistes de la Basse-Meuse (AMGBM) a ouvert fin 2013 un poste de garde dans une maison jouxtant la clinique Notre-Dame Hermalle, qu'elle loue au CHC. Le CHC a réaménagé et sécurisé les locaux (deux cabinets de consultation et un bureau) selon les besoins des médecins. Ce poste centralisé permet aux médecins généralistes de réduire le nombre de gardes, mais aussi de bénéficier de la proximité des plateaux techniques (urgences, laboratoire, imagerie) de la clinique. L'association reste cependant totalement indépendante, tant pour la gestion de la maison que pour l'adressage des patients, en cas d'examen complémentaires.

La sensibilisation à la santé comme mot d'ordre

Pour les patients...

Dans le cadre de la 4^e édition des journées européennes de sensibilisation à l'**insuffisance cardiaque**, le service de cardiologie du CHC a organisé, en mai, à la clinique Notre-Dame Hermalle, une demi-journée d'information. Cette initiative, qui s'adressait au grand public, visait à sensibiliser au dépistage et à la reconnaissance précoce de cette pathologie lourde. Au programme : la projection du film *L'insuffisance cardiaque, un nouveau parcours pour votre cœur*, un exposé sur les implications socio-économiques de la maladie et son traitement et des stands d'information et de prévention : association de patients insuffisants cardiaques ; conseils sur la prise en charge du diabète (un des facteurs de risques de l'insuffisance cardiaque) ; démonstration de réanimation cardio-pulmonaire et de l'utilisation d'un défibrillateur ; contrôle de certains paramètres importants tels que la tension artérielle ou le taux de glycémie ; ou encore dégustation de potage sans sel.



A l'initiative du service de gastroentérologie de la clinique Saint-Joseph, la Société liégeoise de gastroentérologie a organisé, en septembre, une journée de sensibilisation au **dépistage du cancer colorectal**, au cours de laquelle le public a découvert l'intérieur d'un côlon géant. Cet outil ludique et éducatif était présenté pour la première fois en Wallonie. Deux

côlons gonflables (de 10 mètres de long et 2,50 mètres de haut) étaient disposés, sous chapiteau, sur la dalle de la place Saint-Lambert (Liège). Des gastroentérologues et médecins généralistes ont guidé et informé le public. Le cancer du côlon est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme (après celui du sein) et le troisième chez l'homme (après ceux de la prostate et du poumon).



A l'occasion de la journée internationale des personnes âgées, la clinique Saint-Joseph, à l'initiative de son service de gériatrie, a organisé, en octobre, une journée de sensibilisation et de prévention sur la thématique de l'alimentation. A destination des seniors et de toute personne en contact avec la personne âgée (soignant, famille, accompagnant, ...), la journée était intitulée *Bien s'alimenter pour vieillir en bonne santé*, la **dénutrition** chez la personne âgée représentant un important problème de santé publique. Au programme : dépistage de la dénutrition, conseils diététiques, dégustations, aides techniques, conseils de logopède et d'ergothérapeute.

La clinique Notre-Dame Waremme a mené, en octobre, une action de sensibilisation du grand public aux **maladies rhumatismales**, à l'occasion de la journée mondiale de l'arthrite. Les rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, ankylosante ou psoriasique, lupus, sclérodermie, ...) touchent plus de 150.000 personnes en Belgique, dont une majorité de femmes et une proportion importante de jeunes et d'enfants. Au cours de la journée, le public a été informé sur ces pathologies et les traitements qui permettent d'en enrayer la progression. Du matériel didactique et des adresses de contact étaient aussi à sa disposition.

Comme chaque année, le CHC a participé, en novembre, à la journée mondiale du **diabète**. Les cliniques Saint-Joseph et Sainte-Elisabeth ont proposé un stand d'information avec test de glycémie et conseils diététiques, tandis que la clinique Notre-Dame Hermalle a consacré une journée à cette maladie chronique en expansion. Un petit-déjeuner a été offert au public, en présence de diététiciennes. Le public a ensuite pu suivre trois conférences : le diabète, ses complications et son traitement ; les aspects sociaux de la maladie ; l'insuffisance rénale, une des complications du diabète. Un test de glycémie était aussi proposé. La journée s'est clôturée par un goûter également offert.

... et aussi pour le personnel

Comme en 2012, à l'occasion de la **journée mondiale sans tabac** (31 mai), le CHC s'est mobilisé à double titre. D'une part, à la résidence Saint-Charles à Landenne, la référente tabacologue a proposé un apéritif santé à tout le personnel. Différents jus de fruits frais, des verrines à base de fruits frais, des toasts à garnir avec des préparations de fromages blancs, des smoothies, ... étaient au menu. D'autre part, pour la troisième année consécutive, une délégation CHC d'une vingtaine de joggeurs a participé au jogging organisé traditionnellement par le CHR de la Citadelle à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. Et, pour la troisième fois consécutive, le CHC l'a remporté.



La **campagne confidentialité** a redémarré en juin pour une nouvelle année. Encouragé par les résultats de l'enquête réalisée sur intranet, le groupe de travail a relancé une campagne de 11 affiches, toujours selon le même principe : humour et bon sens pour rappeler les règles en la matière. Différents thèmes sont abordés par le biais de situations quotidiennes, à commencer par l'obligation du secret profes-

sionnel pour tous les métiers (tous les acteurs de l'hôpital s'y reconnaîtront : médecins, soignants, administration, logistique), à l'égard de tous les patients (quidam, collègue, voisin ou personnalité connue). L'obligation d'un lien thérapeutique pour accéder à un dossier médical est rappelée, et dès lors l'interdiction d'accéder à celui de son/sa collègue, de son enfant ou à son propre dossier, voire à celui d'une personne auteur ou victime d'un fait divers. La campagne revient également sur la bonne gestion de l'information pour en garantir la confidentialité, que ce soit en chambre commune, dans les couloirs ou plus simplement à la maison. Bref, des situations bien réelles, même si le trait est parfois un peu forcé.

Comme chaque année désormais, le service de sénologie du CHC a proposé, durant le mois d'octobre, un **bilan sénologique** gratuit à toutes les femmes de 40 ans et plus, membres du CHC. Davantage qu'un simple dépistage, le service propose une mammographie, un examen clinique et une échographie mammaire. Un dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre la maladie. Il permet d'améliorer les chances de survie

ainsi que l'issue du cancer du sein. C'est pourquoi les médecins souhaitent encourager une démarche volontaire.

A côté de ce traditionnel dépistage, le mois d'octobre a été placé sous le signe de la sensibilisation et de l'information aussi bien pour les soignants que pour les patientes. Cette sensibilisation a été l'occasion de présenter, à la clinique Saint-Joseph, une **exposition temporaire** intitulée *Skin*. Composée d'une dizaine de photos, elle proposait une démarche en binôme, entre patiente et artiste, avec, à chaque fois, le témoignage d'un parcours fait de hauts et de bas, mais toujours porteur d'énergie et d'espoir.

A la clinique Saint-Joseph toujours, une conférence sur le thème de la **reconstruction mammaire** s'est donnée deux fois, l'une à destination des soignants et des médecins, généralistes et hospitaliers, l'autre à l'attention des patientes et du grand public.

Enfin, côté pratique, la **clinique du sein** a fait éditer un poster reprenant l'ensemble des intervenants dans leur rôle respectif. Une information utile pour les patientes qui pourront, dans la plupart des cas, identifier leurs interlocuteurs. Ces posters ont été diffusés dans les unités et consultations concernées.

Comme à chaque rentrée depuis de nombreuses années, il était à nouveau possible, en 2013, pour les membres du CHC de se faire vacciner gratuitement contre la **grippe**. Si les campagnes adressées au grand public visent prioritairement les plus de 50 ans, l'intérêt de la vaccination est indéniable en institutions de soins, tant pour les patients que pour les soignants. A l'hôpital ou en maison de repos, la grippe peut se révéler très agressive si elle s'ajoute à une autre pathologie chez un patient fragilisé ou simplement âgé. Même lorsqu'elle n'est pas généralisée, la vaccination permet de protéger les patients et par là, de diminuer les maladies nosocomiales dont fait partie la grippe saisonnière. Gratuite, efficace, rapide, fiable, la vaccination contre la grippe constitue une opportunité pour chacun.

A l'occasion de la journée internationale de l'**escarre** (21 novembre), le groupe de référence soins de plaies a lancé un concours réservé aux soignants des unités de chirurgie, chirurgie et médecine, gériatrie, médecine, révalidation, soins intensifs et urgences des six cliniques. Le concours a eu lieu en octobre par voie d'affiches et 34 unités de soins y ont participé. Pour départager

les bonnes réponses aux 7 questions posées, une question subsidiaire portait sur le nombre de déclarations d'escarres faites au CHC durant le premier semestre 2013. Fin novembre, les gagnants ont été prévenus. Il s'agit de l'unité de soins intensifs bleue de Saint-Joseph, du service de médecine de l'Espérance, de celui de gériatrie de Notre-Dame Waremme, de l'unité de soins intensifs de Notre-Dame Hermalle et des urgences de Sainte-Elisabeth (pour le CHVE).

A l'initiative du comité thrombose et hémostase, une campagne d'information et de sensibilisation intitulée **Objectif hôpital sans phlébite** a débuté par voie d'affichage dans les unités de soins. *Une piqûre chaque jour et les phlébites, ... je les évite* rappelait les consignes d'injection de l'héparine, avec prescription médicale obligatoire, en sous-cutanée. Une deuxième affiche, *Au CHC, les phlébites, ... je les évite* était consacrée aux consignes de mobilisation du patient après une intervention ou un accouchement. D'autres affiches suivront.

Si les chutes des patients font l'objet d'une attention particulière, celles des membres du CHC, plus nombreuses et souvent lourdes en conséquences, sont tout autant l'objet d'attention. Actuellement, les chutes représentent 18 % des accidents de travail et 42 % des jours d'interruption de travail. Tous les secteurs sont touchés : la maintenance, les cuisines, mais aussi les soins et les fonctions administratives. Nombre de chutes pourraient très souvent être évitées : glissade sur sol mouillé, inattention lorsqu'on fait plusieurs choses à la fois, slalom scabreux dans un couloir encombré, escalier dont on ne tient pas la rampe, ... Réalisée sous forme d'affiches fin 2013, une **campagne anti-chute** vise tous les métiers et toutes les situations standards. Afin de conscientiser tout le monde aux effets délétères que peut avoir le comportement de chacun sur la sécurité de l'autre, elle sera diffusée à l'ensemble des services du CHC jusque fin 2014.



Axe 3 – Atteindre l'excellence clinique

Atteindre l'excellence clinique dans le développement de la pratique médicale, en :

- développant le virage ambulatoire
- diminuant la variabilité médicale
- améliorant l'efficacité clinique et en diminuant la durée moyenne de séjour

Saint-Joseph – Imagerie médicale

Investissement de près de 2 M°€ pour un nouveau scanner ultrarapide

En septembre 2013, le CHC s'est positionné à la pointe de l'imagerie médicale en investissant dans un nouveau scanner volumique et dynamique, l'Aquilion ONE VISION de Toshiba Medical System. Le CHC était le premier hôpital en Belgique et également le premier hôpital non universitaire en Europe à se procurer ce nouvel appareil, qui représente un investissement de près de 2 M°€.

Ce scanner révolutionnaire se singularise par les avantages qu'il offre au patient. Cet appareil permet de réduire la dose d'irradiation et de produit de contraste utilisée par examen, et dès lors minimise le risque de cancer lié aux rayons X. Deuxième avantage, la rapidité de l'examen. La vitesse de l'appareil (0,275 sec pour une rotation) et la précision des détecteurs (qui couvrent une épaisseur de 16 cm) donnent des images d'une qualité inégalable, sans artefact. Ceci est surtout intéressant pour les organes dont le mouvement est constant, comme le cœur. Cela augmente le confort du patient (pas d'examen prolongé, pas d'apnée), mais surtout son diagnostic et sa prise en charge. Grâce à l'ouverture de 78 cm de diamètre de l'appareil, il n'existe plus de contre-indication de poids dans la prise en charge des patients. Enfin, chose importante, l'examen sur ce nouvel appareil est facturé au même prix qu'un scanner standard. C'est donc tout bénéfique tant pour le patient que pour la sécurité sociale.

Grâce à l'accessibilité de la technique (garde organisée 24h/24, 7j/7), le service d'imagerie médicale assure désormais une parfaite complémentarité avec la cardiologie et la neurologie. En cardiologie, ce nouvel appareil permet de réaliser une étude du cœur en un battement, avec des images non altérées par le mouvement cardiaque. Ceci est également valable chez le patient présentant un rythme rapide ou irrégulier. Les pathologies ciblées préférentiellement sont la suspicion de syndrome coronarien aigu et le dépistage de l'angor.



En neurologie, la nouvelle technologie permet l'obtention d'angioscanners et d'études de perfusion cérébrale à faibles doses d'irradiation. Réalisés à la phase aiguë chez les patients victimes d'un AVC, ces examens permettent d'estimer l'étendue du tissu cérébral en voie de nécrose par rapport au tissu cérébral qui n'est plus vascularisé et de définir ainsi une éventuelle zone du cerveau encore « viable » (appelée « pénombre ») qui peut encore être sauvée si un traitement par fibrinolyse est instauré rapidement. Et tout ceci, dans le cadre d'un itinéraire clinique implémenté dans les cinq sites concernés du CHC.

Les autres applications de cette technologie sont nombreuses, pour une prise en charge plus rapide et plus pointue des patients.

Neuroradiologie interventionnelle



La prothèse WEB

Nouveautés

Le service de neuroradiologie interventionnelle du CHC propose depuis 2013 à Saint-Joseph un nouveau traitement de l'anévrisme intracrânien : la pose d'une prothèse intravasculaire cérébrale appelée WEB. Cette technique, reconnue par l'Inami et remboursée par les mutualités, est rapide et, en l'absence de matériel définitif dans l'artère porteuse, permet de se passer d'anticoagulation ou d'anti-agrégation agressive dans les suites du traitement. La prothèse WEB s'ajoute à l'arsenal de moyens dont dispose la neuroradiologie interventionnelle pour proposer au patient le traitement le plus adapté à chaque anévrisme.

Les services de neurologie et de neuroradiologie interventionnelle ont par ailleurs réalisé une première dans le traitement endovasculaire de l'accident vasculaire cérébral ischémique en phase aiguë : un stenting carotidien suivi d'une thrombectomie. Le patient a d'abord bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse (traitement médicamenteux visant à dissoudre le caillot de sang). Sans amélioration clinique, il a été transféré en neuroradiologie interventionnelle où un stenting de la carotide a été réalisé, suivi d'une thrombectomie mécanique (extraction du caillot au moyen d'un stent). Le patient a ensuite été placé sous surveillance durant 24 heures aux soins intensifs, puis admis au sein de l'unité neurovasculaire (stroke unit) dont dispose Saint-Joseph depuis 2012.

La thrombectomie constitue une voie thérapeutique prometteuse en cas d'échec de la thrombolyse intraveineuse, seul traitement curatif reconnu de l'AVC ischémique en phase aiguë. Depuis 2011, les services de neurologie et de radiologie mènent une étude prospective observationnelle pour évaluer l'efficacité de cette technique. Le CHC, qui assure une garde neuroradiologique interventionnelle 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, est l'unique hôpital à la proposer en région liégeoise.

Reconnaissance internationale

Lors du congrès mondial de neurologie, tenu à Vienne fin septembre 2013, le Dr Ph. Desfontaines, chef de service de neurologie, a présenté un poster sur les *résultats préliminaires de l'étude observationnelle sur l'utilisation de la thrombectomie mécanique en cas d'échec de la thrombolyse intraveineuse dans le traitement de l'AVC ischémique aigu*, fruit de la collaboration pluridisciplinaire entre le service de neurologie, le service de radiologie, le service d'anesthésie-réanimation et les différents services des urgences du CHC.

Cette présentation sous forme de poster a reçu le poster award. L'expérience des médecins du CHC a en outre été reprise sur le site internet de l'American academy of neurology. Belle reconnaissance internationale.



Imagerie TEP accréditée au niveau européen

Le CHC a obtenu en mai 2013 une accréditation de son imagerie par TEP (tomographie par émission de positons ; PET en anglais) par l'EANM (Association européenne de médecine nucléaire). L'EANM a lancé ce programme d'accréditation nommé EARL (resEARch 4Life) en collaboration avec l'EORTC (Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer). Ce programme fait suite aux recommandations de bonne pratique émises par l'EANM en 2010 pour la réalisation des examens TEP dans le domaine de l'oncologie.

L'accréditation EARL, d'une part, garantit la qualité optimale des examens réalisés quotidiennement par le service de médecine nucléaire, et, d'autre part, permet au CHC de participer à des programmes de recherche multicentriques. Grâce à celle-ci, le CHC a rejoint les centres d'excellence européens en imagerie par TEP.

Le CHC est pour rappel le premier centre non universitaire à s'être doté (dès 1999) de la technologie TEP en Belgique. Il utilise aujourd'hui un équipement dernier cri (acquis en 2012) offrant la plus haute qualité d'image et la plus grande rapidité d'acquisition qu'il est possible d'obtenir à ce jour, et ce au bénéfice de la prise en charge et du confort du patient. Son service de médecine nucléaire réalise environ 3.000 examens TEP par an (dont 80 % concernent l'oncologie). Un chiffre en constante augmentation.

Direction des quartiers opératoires

Focus sur l'informatisation et la qualité

En fonction depuis 7 ans, la direction des quartiers opératoires (DQO), qui gère les blocs de Saint-Joseph, Espérance et Notre-Dame Waremmes, a focalisé son énergie sur deux pôles en 2013 : l'optimisation de la gestion de l'activité, via l'informatisation notamment, et l'amélioration de la qualité.

L'informatisation revient comme un leitmotiv dans l'amélioration de la gestion de l'activité des blocs opératoires. En 2013, le programme de planification de l'activité Opera a été étendu aux cliniques Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth. La DQO y est intervenue comme consultant externe, sur base de l'expérience acquise sur les trois sites qu'elle gère. La stérilisation a elle aussi fait l'objet d'une informatisation progressive, avec comme point de mire la centralisation du service à terme. Enfin si elle n'est pas à proprement parler liée à la DQO, l'informatisation de l'activité du service d'anesthésiologie est elle aussi en cours, avec un logiciel qui sera partagé entre les 6 cliniques.

A côté de l'informatisation, la DQO a mené la réflexion sur la réorganisation et le développement de tout le pôle logistique du bloc opératoire. Celle-ci s'est concrétisée par l'engagement en fin d'année d'un logisticien attaché au bloc opératoire. Ce nouvel acteur a pour missions (entre autres) de revoir la préparation du matériel pour les interventions, de participer au développement du projet case-cart (à tester d'abord à l'Espérance) ou encore de s'impliquer dans la centralisation de l'activité de la stérilisation de l'Espérance sur Saint-Joseph, avec à la clé la traçabilité des instruments, la gestion des transports, ...



Les réalisations sont aussi orientées vers l'amélioration de la qualité et de la sécurité patient.

L'utilisation de la check list, entamée en 2011 et généralisée en 2012, a fait l'objet d'un suivi et d'une sensibilisation renouvelée. Le groupe de travail qualité et efficacité, qui réunit experts et acteurs de terrain, vise la prévention et la résolution des infections des sites opératoires, en travaillant sur la préparation du patient chirurgical (douche préopératoire, rasage, ...) et sur l'homéostasie et la normo-thermie. La DQO a également mis en place un training par rapport à des procédures exceptionnelles (ex : que faire en cas d'hémorragie majeure ?). Mettre les personnes en condition permet d'optimiser la prise en charge (chacun sait comment réagir) mais aussi d'impliquer l'ensemble des acteurs dans l'amélioration de la sécurité.

L'excellence clinique, c'est aussi...

L'excellence clinique s'illustre également au travers des nombreuses publications scientifiques réalisées par nos médecins, démontrant les recherches menées par les prestataires du CHC. Vous retrouverez la liste non exhaustive de ces publications en fin de rapport annuel (pp 80 et sq).



Axe 4 – Optimiser les opérations

Optimiser les opérations en :

- équilibrant les ressources infirmières aux soins requis
- améliorant l'efficacité des plateaux techniques, comme les urgences, les blocs opératoires, les laboratoires, etc.

Espérance

Le CHC prépare sa logistique de demain



Les logisticiens de l'Espérance ont désormais pour tâches de distribuer les livraisons d'Hotel Logistics dans les unités de soins et de prendre les commandes de matériel médical (scannage des étiquettes)

Repensant sa logistique dans la perspective de son nouvel hôpital, le CHC a testé une nouvelle solution : l'externalisation des stocks de matériel médical. Un essai grandeur nature a été réalisé en 2013 à la clinique de l'Espérance avec la société Hospital Logistics. C'était une première en

Wallonie. Spécialisée dans les services logistiques aux établissements de soins, Hospital Logistics propose un concept basé sur le système Kanban (développé par Toyota dans les années septante). Les fournisseurs de l'Espérance effectuent leurs livraisons non plus à la clinique mais chez Hospital Logistics, près de Louvain. La société reconditionne les marchandises en regroupant les différentes familles de produits sur un seul conteneur par unité de soins. Les conteneurs sont livrés à l'Espérance par camion trois fois par semaine. Dans les unités, les produits sont rangés dans des bacs. Dès qu'un bac est vide, l'infirmière retourne une étiquette avec code-barres. Le code-barres est scanné par un logisticien de la clinique, ce qui génère automatiquement une ligne de commande chez Hospital Logistics. Cette logistique en flux tendu permet de libérer le personnel infirmier des tâches logistiques, d'ajuster les stocks en fonction de la consommation réelle et de réduire les besoins en surfaces. L'hôpital dispose d'un tableau d'indicateurs de performance montrant le niveau de fiabilité du système. Le résultat à l'Espérance : quasiment 100 % de livraisons correctes.

Dossier infirmier informatisé Un travail d'équipe avant tout...



Depuis 2012, le département infirmier a mis la priorité absolue sur le développement et le déploiement du dossier infirmier informatisé. A terme, ce nouvel outil touchera au quotidien 72 unités, 7 indices de lits et près de 2.000 professionnels, c'est dire l'enjeu ! L'informatisation du dossier infirmier vise 4 objectifs : améliorer la prise en charge en structurant la démarche en soins ; augmenter la sécurité patient (standardisation des outils et du vocabulaire, traçabilité des étapes) ; parfaire la qualité de vie du personnel soignant qui doit à terme récupérer du temps pour le patient et développer la collaboration et la multidisciplinarité en décloisonnant les métiers et en partageant l'information utile au suivi du patient.

Le déploiement se fait par indice de lits, aussi toutes les unités de chaque indice sont-elles consultées, afin que l'outil réponde vraiment aux attentes et aux pratiques de tous les soignants.

Courant 2013, le déploiement démarré dans les unités C+D s'est poursuivi en gériatrie et en revalidation. Cette expérience a permis de nourrir la réflexion pour le déploiement du DII en pédiatrie. Nouvel indice, nouveaux challenges : l'application du modèle à la pédiatrie s'est frotté notamment à des unités plus spécifiques comme les soins intensifs ou les urgences. Fin décembre 2013, le DII était déployé dans 18 unités de soins, sur les 3 sites liégeois et à Notre-Dame Waremme (unité pilote C+D). Le personnel de pré-hospitalisation a lui aussi été formé à l'outil, afin que l'anamnèse soit encodée dès le premier contact, ce qui représente un gain de temps considérable pour les infirmières des unités de soins.

Les difficultés techniques sont elles aussi aplanies : les problèmes liés aux connexions wifi sont résolus. Après une période test et une réorganisation de la gestion des batteries, le choix s'est définitivement porté sur un PC portable monté sur un chariot Mercura. Chaque unité dispose de 2 ou 3 chariots et utilise plutôt les tablettes comme roue de secours.

Cette montée en puissance a nécessité un élargissement de l'équipe de coaching, désormais composée de 7 personnes qui accompagnent le déploiement dans chaque unité. Ces coaches font partie intégrante de l'équipe projet, composée au total de 13 personnes. Equipe, le mot est important. Car au-delà des chevilles ouvrières du projet, ce sont tous les autres intervenants qui ont permis au DII de progresser : les directions de site, le service informatique, les chefs d'unités, l'ensemble du personnel de soins, les services de pré-hospitalisation, tous ont participé, encouragé et soutenu le projet.

Pour rappel, le déploiement complet doit se finaliser sur les sites liégeois pour mi-2015, pour les 3 autres sites courant 2017. L'année 2014 va être consacrée à d'autres services/indices, comme les soins intensifs, les urgences, le bloc opératoire, l'hôpital de jour, ou encore le pôle mère-enfant et la psychiatrie.

Pôle hôtelier De nouvelles navettes pour la distribution des repas

Le pôle hôtelier du CHC a démarré en 2013 le renouvellement de sa flotte de navettes utilisées pour la distribution des repas. Ce dernier fournit quotidiennement 6.000 repas aux six cliniques et huit maisons de repos du groupe. Il possède pour cela 400 navettes et une soixantaine de chariots chauffants. Les repas, préparés à la cuisine centrale, sont transportés par camion dans des navettes, puis acheminés sur chaque site sur des chariots chauffants. Les navettes ont en moyenne parcouru 250 km par an et enduré 15.000 chargements/déchargements depuis leur mise en route en 2003. Le pôle hôtelier en a acquis 50 de nouvelle génération en 2013 – 40 suivront en 2014. Les navettes restantes sont en attendant remises en état. Le renouvellement de la flotte représente un investissement de 500.000 € sur 2013 et 2014.



Une année riche en projets pour le service méthodes et organisation

Le service méthodes et organisation du CHC est intervenu dans de nombreux projets tout au long de 2013. Créé il y a une dizaine d'années et composé de 3 personnes, ce service a pour mission d'uniformiser et de rendre plus efficaces les processus administratifs. Il vient aussi en support aux autres services ayant besoin d'une approche méthodologique de l'organisation. Petit aperçu des projets sur lesquels le service méthodes et organisation a travaillé en 2013 :

- externalisation de l'impression des fiches de paie, de sorte que l'administration patients récupère des ressources pour la numérisation des documents
- intégration de la carte d'identité dans le système Wish en matière d'identito-vigilance
- mise en place de l'accès autorisé du CHC au registre national
- informatisation des préadmissions administratives et du suivi des formalités
- réalisation de courbes d'activité et de performance pour divers services
- utilisation d'un nouveau logiciel (Aris) permettant de modéliser les processus métier (le service a, par exemple, modélisé la gestion des fonds de caisse de la future clinique du MontLégia et les flux des circuits de la stérilisation dont la gestion va être informatisée)
- implémentation et développement du centre d'accueil téléphonique



Axe 5 – Développer des systèmes d'information performants

Développer des systèmes d'information performants pour une gestion quotidienne plus globalisée et plus aisée.

Le service ICT a élargi et amélioré son offre de services

Le service ICT (Information & communication technology) du CHC a poursuivi en 2013 l'amélioration des services fournis à l'ensemble du groupe. Le périmètre de ses interventions ne cesse de croître. Quelques chiffres : plus de 16.000 incidents traités, 2.900 requêtes de service effectuées (+ 13 % par rapport à 2012), plus de 500 nouveaux postes de travail (PC ou autres) installés...

Pour maîtriser cette situation, le service ICT a agi sur différents axes :

- plus de moyens (nouveaux recrutements et poursuite des investissements)
- une meilleure organisation. Maîtriser l'informatisation galopante nécessite plus de formalisme qu'avant. La nouvelle organisation matricielle du service ICT a été validée par la certification ITIL de ses gestionnaires de processus
- une meilleure connaissance de ce que le service gère (un inventaire total du parc informatique a été réalisé, avec une gestion informatisée des stocks)
- l'automatisation. Le service ICT met à la disposition de ses utilisateurs un self-service avec des formulaires électroniques permettant un traitement des demandes et un suivi des incidents plus efficaces

Wifi pour tous



Toujours dans un but d'amélioration et de suivi technologique constant, le service ICT a fait évoluer le réseau wifi du CHC. Deux réseaux ont été mis en place en

2013. Lesquels répondent mieux aux différents besoins en matière de connexion wifi, non seulement pour les membres de l'institution mais aussi pour les différents publics en visite (patients, fournisseurs, invités...).

Les deux réseaux disponibles sont :

- CHC-Guest, réservé aux visiteurs. Il ne permet l'accès ni au réseau du CHC ni à ses applications, et n'est destiné qu'à offrir un accès internet avec quelques restrictions, comme l'interdiction d'accès aux sites de téléchargement de films
- CHC-Secure, exclusivement réservé aux membres du CHC. Il s'agit d'un réseau sécurisé avec un accès adapté au type d'utilisation :
 - chariots médicaux informatisés et tablettes du CHC
 - portables du CHC
 - matériel privé d'une personne travaillant au CHC (smartphones, portables personnels...). Dans ce cas, l'accès à l'infrastructure applicative du CHC est limité
 - portables Windows ou Apple (pas de validation pour Linux)
 - smartphones/tablettes Apple ou Android

Depuis le début de 2014, l'accueil de chacune des six cliniques du CHC peut donner un accès wifi aux patients.



ShareFile, une alternative pour le cloud

Le service ICT a développé un nouvel outil appelé ShareFile pour le stockage de fichiers « dans le cloud ». Il s'agit d'une alternative aux produits les plus connus qui rendent le même service, tels que Dropbox, iCloud ou Google Drive. Sharefile est accessible aussi bien du réseau du CHC que sur internet, sur les plateformes les plus utilisées (Windows, Mac, iPad, iPhone, Android).

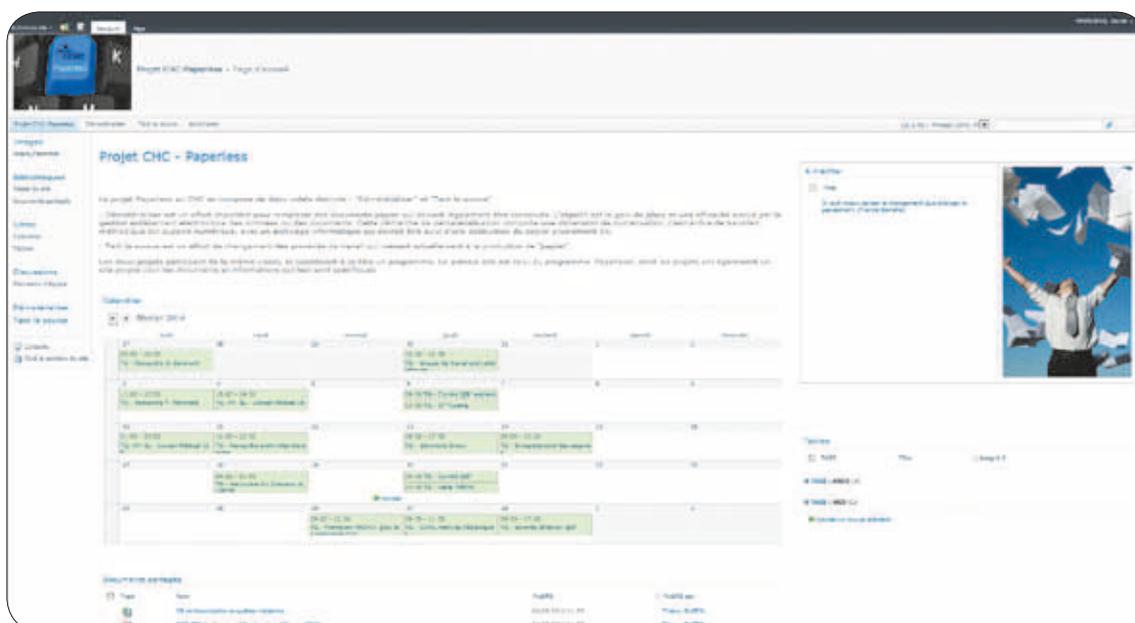
Contrairement aux autres produits évoqués, ShareFile est résolument orienté entreprise. D'une part, les fichiers

mis sur Sharefile se trouvent stockés sur un espace disque connu, « backupable » et soumis à la législation belge, et, d'autre part, la mutualisation des ressources entre les membres de la même entreprise est facilitée (partage du carnet d'adresses, de documents...).

ShareFile a pour but de faciliter le travail collaboratif, le partage et la mise à disposition de documents à l'intérieur et en dehors du réseau du CHC. Il offre une meilleure sécurité des données, un plus grand confort d'utilisation et une plus grande fiabilité.

La liste des projets lancés ou réalisés par le service ICT est encore longue. Citons en vrac :

- un projet pilote d'outil de collaboration (SharePoint) utilisé par la direction médicale, par le service qualité, pour certains projets (paperless...)
- les projets d'informatisation du dossier patient dans les différents services
- la poursuite de l'informatisation des maisons de repos du Réseau senior
- différents projets en support, comme QlikView (logiciel utilisé pour développer un outil statistique sur le coût à la charge du patient), l'externalisation des impressions et envois, l'informatisation de la qualité, le centre d'accueil téléphonique...
- beaucoup de projets concernant la « tuyauterie », tels que la mise à jour des différentes bases de données. Des projets non visibles quand tout se passe bien...



Les postes de travail du centre d'accueil téléphonique sur le site de Rocourt

Le centre d'accueil téléphonique prend de l'ampleur

Les centres d'accueil téléphoniques (CAT) des cliniques Saint-Vincent et de l'Espérance ont fusionné à la rentrée 2013. Depuis, le CAT unifié poursuit son développement multisites. Il dessert en plus le département de pédiatrie dans sa totalité et le service de médecine nucléaire de la clinique Saint-Joseph. Le CAT s'est installé dans de nouveaux locaux sur le site de Rocourt et s'est doté d'un nouveau système de gestion de files d'attente et de routage d'appels. Ce système permet de professionnaliser plus encore l'accueil, de mieux répartir la charge de travail, de diminuer le délai de réponse et d'améliorer le confort des agents (10 équivalents temps plein). L'appel est dirigé vers le premier agent disponible et le plus compétent pour répondre à la demande. L'agent sait à quel service l'appel est destiné et peut personnaliser l'accueil. En cas d'attente prolongée, l'appelant est invité à laisser un message avec son numéro. Dès qu'un agent est disponible, une fenêtre s'affiche sur son écran, lui proposant de rappeler la personne. L'appel terminé, l'agent précise sa nature en cochant une case dans un menu déroulant. Cela permet d'affiner les statistiques (nombre d'appels reçus, traités et perdus, mesure des délais de réponse, des files d'attente...). Le CAT est accessible du lundi au vendredi, de 8h à 18h30. En dehors de ces horaires, les appels sont routés sur un répondeur pour les rendez-vous et vers l'accueil de Saint-Vincent ou les urgences de l'Espérance pour les autres.

Axe 6 – Repenser le rôle et la contribution des sites

Repenser le rôle et la contribution de chaque clinique au sein du réseau de soins du CHC, en :

- développant des pôles d'activité spécifiques
- rationalisant l'offre de soins, notamment pour les trois cliniques liégeoises (Saint-Joseph, Espérance, Saint-Vincent), distantes de quelques kilomètres

Clinique Notre-Dame Hermalle Début des travaux du nouveau service de soins palliatifs

La clinique Notre-Dame Hermalle a connu ces dernières années une forte croissance qui crée des besoins en nouvelles infrastructures. La polyclinique est ainsi en cours de reconditionnement et le service de gériatrie en cours d'extension (voir p. 39). La clinique a démarré en décembre 2013 un autre chantier ambitieux : la construction d'un nouveau service de soins palliatifs (6 lits). Il prendra place au sommet de la tour technique, exhaussée d'un 3^e niveau.

La fin des travaux est prévue à l'été 2015. Ce projet, qui représente un investissement de 1,25 M^e €, concrétisera l'évolution du service de soins palliatifs d'Hermalle, pilote il y a une vingtaine d'années et aujourd'hui connu et reconnu dans toute la Wallonie. Le service sera ergonomiquement bien pensé et doté d'infrastructures adaptées aux patients et à leur famille et disposera d'un espace de détente avec jardin suspendu.



Le service de soins palliatifs prendra place au sommet de la tour technique, exhaussée d'un 3^e niveau

Clinique du MontLégia

Une année faste : choix du nom, permis unique, et tant d'autres étapes...



L'évolution du dossier de nouvel hôpital en 2013 touche autant aux étapes administratives qu'aux avancements en matière d'approche RH et d'appropriation du projet.

Les étapes administratives du dossier

En janvier 2013, le Conseil d'administration a acté la décision de positionner les **services dits « de groupe » dans un bâtiment à construire sur le site de Patience et Beaujonc**. Ces services et fonctions sont actuellement situés à la clinique Saint-Joseph et à l'UAL et travaillent pour l'ensemble du CHC (achats ; administration patient, facturation, méthodes et organisation et direction administrative ; communication ; comptabilité, contrôle de gestion, informatique et direction financière ; direction générale ; direction médicale ; direction des ressources humaines, mais aussi médiation, SIPP, ...).

Plusieurs hypothèses avaient été imaginées pour loger ces services : reconverter les anciens bâtiments de la clinique de l'Espérance, de Saint-Vincent (psychiatrie, polyclinique et congrégation) ou de l'UAL... ou construire un bâtiment neuf. Le contrôle de gestion a mené une étude qui tenait compte des surfaces nécessaires, coûts d'aménagement, liaisons informatiques, moins-values des bâtiments non-amortis... Au final, la construction d'un bâtiment neuf sur le site de Patience et Beaujonc présente le double avantage d'offrir une solution moins coûteuse tout en assurant la proximité, soit une facilité pour les services concernés et la garantie d'un sentiment d'appartenance au milieu hospitalier pour le personnel.

En janvier et février, les groupes de travail ont planché sur le **mobilier** du futur hôpital, en envisageant 3 types : mobilier courant (tables, chaises, lits...), mobilier des réserves (et

espaces de stockage de chaque service) et mobilier intégré. Les groupes de travail sont composés de personnes relais des différents services, des membres de la cellule nouvel hôpital et des architectes. Notons encore que l'ergonome du CESI a été invité à donner son avis.

En avril, le **projet d'assainissement du terrain** a été approuvé par la Région wallonne. Sa mise en œuvre prévoit entre autres de confiner ou d'excaver en centre de traitement certaines terres, ce qui constitue la première phase du chantier. Cette approbation était nécessaire à l'octroi du permis unique. Le **permis unique**, autorisant la construction de l'hôpital et du pont a été octroyé le 8 juillet 2013. Les mises en adjudications ont démarré en juin pour les premiers lots : lot 0 (démolition de l'ancienne cheminée du charbonnage, terrassement et assainissement), lot 1 (gros œuvre) et lot 2 (façades). A noter que le cahier des charges du lot 0 a été suspendu en août, pour être affiné. En effet, les résultats de la 2^e étude approfondie du terrain, réalisée en avril-mai, montraient des divergences par rapport à l'étude menée lors de l'acquisition du terrain en 2006. Il convenait donc d'en adapter les données. Le cahier des charges complété pour le lot 0 a été réédité en novembre. Le permis unique a fait l'objet en décembre d'un recours intenté par la SA Lhonneux, qui occupe actuellement à titre gratuit une partie du terrain de Patience et Beaujonc. Ce recours n'a pas été retenu, et le Ministre Philippe Henry a débouté M. Lhonneux et ses conseils en confirmant le permis unique fin décembre. C'est ce qui explique le nouveau recours introduit par la SA Lhonneux au Conseil d'Etat en février 2014.

A côté des zones à assainir, paradoxe de la nature, le terrain de Patience et Beaujonc dispose d'une faune particulière, et notamment une espèce protégée, le **crapaud calamite**, ins-



tallé là où l'hôpital sera construit. Ce batracien, qu'on trouve régulièrement dans les friches d'anciens charbonnages, se plait dans les espaces plats et ouverts, rocaillieux et sans trop de végétation. La loi sur la conservation de la nature prévoit la possibilité de demander une dérogation si l'habitat d'une espèce protégée doit être détruit. C'est l'autorisation que le CHC a obtenue, moyennant la mise en œuvre de mesures compensatoires. Le développement d'un nouvel habitat est prévu au nord de l'autoroute. L'aménagement de la parcelle de plus de 4 ha va nécessiter l'abattage de certains arbres pour obtenir des zones dégagées et le creusement d'une cinquantaine de mares de petite profondeur. Cet aménagement, qui correspond aux attentes de la Division nature et forêts, demandera une modification du relief du sol, raison pour laquelle une demande de permis unique a été introduite en juin 2013.



Vues intérieures de la future clinique du MontLégia

Avec le dossier MontLégia, c'est aussi la **réaffectation des sites actuels et l'aménagement des zones excédentaires du terrain de Patience et Beaujonc** qui ont marqué l'année 2013. On se souviendra que le CHC avait annoncé dès 2008 son intention de reclasser ses sites, conscient qu'aucun Liégeois ne voulait d'un nouveau Bavière. Après une première phase exploratoire confiée à la SPI+ (2009-2011), le CHC a confié une deuxième étude (2011-2013) à Knight-Frank (consultant en investissements immobiliers) et Artau-Assar (bureaux d'architecture), avec pour mission la définition précise des fonctions à déployer, l'étude du projet urbanistique et architectural, l'obtention d'un certificat d'urbanisme 2 et la recherche d'investisseurs. Cette deuxième étude s'est doublée de la mise en place d'un comité d'accompagnement, rassemblant les représentants de l'échevinat et du service de l'urbanisme, de la SPI+ et du CHC ainsi que le fonctionnaire délégué de la Région wallonne.



Début juillet, le CHC a également dévoilé le **nom de son futur hôpital**. L'appellation « Clinique du MontLégia » incarne la limpidité et la transparence, à l'image du bâtiment. Les éléments géographiques, l'emplacement surélevé et le ruisseau qui longe le terrain au nord, sont à considérer pour leur force symbolique et renvoient à la haute qualité des soins qui seront prodigués (compétence des prestataires, ergonomie du bâtiment, excellence des services et des équipements). Le choix de la terminologie « clinique » permet de garder le lien avec les 3 cliniques actuelles, le caractère humain, tout en se différenciant du secteur public.

Pratiquement, les projets de réhabilitation des sites passent par la démolition de certains bâtiments (pour donner de l'air au bâti très compact), des reconstructions qui assurent la mixité et la complémentarité des différentes fonctions qui seront développées (tout en gardant les bâtiments intéressants du point de vue fonctionnel et/ou architectural) et l'optimisation des parkings. Les fonctions qui seront développées sont le logement (individuel, mixte ou semi-collectif), une maison de repos (avec éventuellement des résidences services) et des services/commerces de proximité pour les trois sites, avec en plus des bureaux et une activité hôtelière pour Saint-Joseph, et la construction de tout un éco-village sur le terrain à l'arrière de Saint-Vincent.

Les projections en 3D et les schémas de réaffectation des sites occupés actuellement par les cliniques Saint-Joseph, Espérance et Saint-Vincent

Ces trois projets de reconversion ont été présentés en septembre 2013 aux autorités communales de Liège, Ans, Juprelle et Saint-Nicolas. Toutes y ont réservé un accueil très positif. Les dossiers de demande de certificat d'urbanisme 2 ont été réalisés dans le courant de la fin d'année, en veillant notamment à ce que celle concernant Saint-Joseph présente la meilleure cohérence avec le nouveau projet d'aménagement de quartier à venir. Ce certificat constitue un sésame important, puisqu'il représente pour tout investisseur l'avis officiel des autorités sur une esquisse ou un avant-projet indiquant la nature des travaux à réaliser. Les investisseurs qui achèteront ces sites devront tout de même passer par toutes les étapes administratives (enquête publique, étude d'incidences sur l'environnement, demande de permis d'urbanisme, ...), avec certainement quelques adaptations à la clef. Ces projets constituent des premiers plans dont il faut retenir, à ce stade, la philosophie plutôt que le détail. Les demandes de certificat d'urbanisme 2 ont été introduites en février 2014.

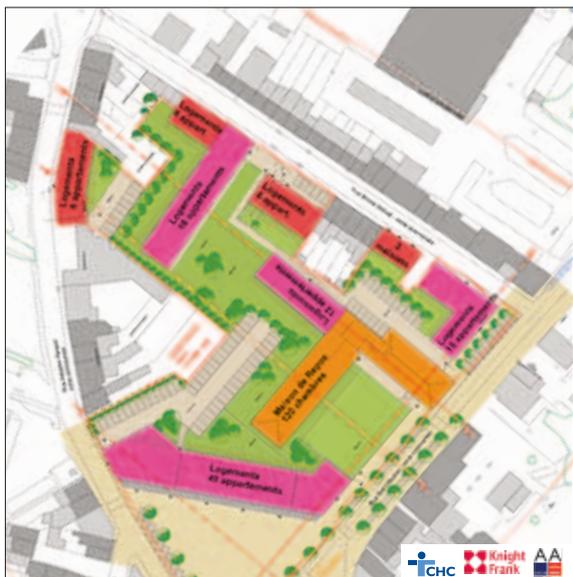




A côté de la reconversion des sites, l'aménagement des **zones excédentaires du terrain** de Patience et Beaujonc s'est lui aussi affiné. La **zone d'activités économiques** (au sud-est de l'hôpital) doit accueillir un parc d'activités thématiques « santé et bien-être » sur une surface de plus de 38.000 m². Les bâtiments accueilleront majoritairement des activités et services, mais une partie a été réservée au logement. L'espace dévolu aux parkings prévoit une capacité de 660 places.

La zone du côté de la **place des Marronniers**, au sud de l'hôpital, devrait accueillir 133 logements (individuels, semi-collectifs et collectifs) et 110 places de parking (aérien et souterrain). Enfin l'**éco-village du MontLégia**, situé dans le fond Hubert Goffin, au nord-ouest de l'hôpital, se profile comme un écoquartier exemplaire, avec 356 logements (individuels, semi-collectifs et collectifs) et 434 places de parking (aérien et souterrain).

Tous ces projets immobiliers ont été présentés au MIPIM (marché international des professionnels de l'immobilier) de Cannes en mars 2014 et ont déjà éveillé l'intérêt de plusieurs investisseurs potentiels.



En 2013, le **volet ressources humaines** a lui aussi bien avancé : l'évaluation des besoins en personnel a constitué l'étape la plus importante et la plus attendue, d'autant qu'elle était assortie d'une nouvelle positive : le déménagement vers MontLégia devrait se faire sans plan social. Le premier trimestre 2013 a été consacré aux estimations des ETP (équivalents temps pleins) nécessaires pour faire tourner le futur hôpital. Composé de représentants des directions infirmières, de la direction des ressources humaines et du contrôle de gestion, le groupe de travail à la manœuvre a livré une analyse rassurante : l'impact sur l'emploi, lié aux économies d'échelle, à l'organisation plus efficiente ou à l'automatisation de certaines tâches que permettra le nouvel hôpital ultramoderne, sera très faible :

- dans les services généraux et logistiques, l'impact est estimé à 76 ETP en moins, une diminution qui sera plus que compensée par les départs naturels (pension, contrats à durée déterminée)
- dans le département infirmier, selon une estimation tenant compte d'un nombre de lits équivalent et des départs naturels, le CHC devra remplacer une septantaine d'infirmières (essentiellement avec une spécialisation).



Evidemment, pour que l'atterrissage puisse se faire en douceur, les changements doivent se préparer. Le déménagement vers la clinique du MontLégia ne sera pas un simple copier-coller des unités actuellement déployées sur les 3 sites liégeois du CHC. Les équipes vont être mixées, pour coller au projet médical et à l'organisation en pôles et en services. Une des conditions de réussite sera certainement une mobilité interne accrue dans certains secteurs. Ces changements vont représenter une obligation pour certains membres du CHC, mais également une opportunité pour d'autres. Aussi la direction des ressources humaines a-t-elle envisagé la mobilité et la mobilisation pour MontLégia à l'échelle du CHC, sans les



Un premier aperçu de ce que sera la zone d'activités économiques

limiter aux 3 sites directement concernés. Ainsi, un travailleur de Sainte-Elisabeth ou du Réseau senior peut souhaiter participer à l'aventure MontLégia, alors qu'un autre travailleur peut profiter du changement pour se rapprocher de son domicile ou rejoindre une structure plus petite.

Autre condition de réussite : le CHC a réaffirmé son intention de protéger et privilégier les personnes déjà en place. Ainsi, en dehors du nursing et de profils pointus, plus aucun CDI n'est signé depuis mai 2013.

Parallèlement à cette mobilité, certains métiers ou fonctions vont eux aussi évoluer. Ces transformations s'expliquent par les mutations technologiques et seraient advenues avec ou sans déménagement vers le nouvel hôpital. La formation sera encouragée et soutenue pour les personnes concernées par ces évolutions professionnelles.

Changements de lieu de travail, d'équipe, de service, voire de fonction. Les changements seront nombreux, aussi il est bon que chacun puisse s'y préparer. La direction des ressources humaines s'est donné les moyens, en envisageant les 4 années avant l'ouverture comme une opportunité de préparation/formation et d'accompagnement du changement.

Les premières estimations en ETP, encore à affiner, servent de point de départ à la concertation et à la réflexion au sein du groupe de travail paritaire en charge du dimensionnement des équipes et des étapes à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif. A côté de cela, le groupe de travail *accompagnement du changement* est lui aussi, bien investi dans ses missions.

L'information (interne et externe) sur les différents volets du nouvel hôpital a été elle aussi favorisée au fil de l'année, reprenant chaque étape. Parmi celles à souligner en matière de ressources humaines et d'adhésion au projet, citons la diffusion dans les 6 cliniques des plans des services du futur hôpital. Chaque service ou unité a reçu le poster du futur service correspondant, tel qu'il sera déployé à la clinique du MontLégia, une manière de pouvoir se projeter dans son futur univers de travail. Les mois d'octobre-novembre ont été mis à profit pour organiser des réunions d'information générale sur les 6 cliniques, l'UCP, l'UAL et les 8 maisons de repos. Le projet général a été rappelé avant de détailler le volet ressources humaines et les changements à venir. Les personnes présentes ont pu poser toutes leurs questions et la direction des ressources humaines a pu se montrer confiante et rassurante quant aux questions de mobilité et de réorientation de carrière. Si la mobilité et la formation seront les fers de lance de ce changement, les opportunités sont à la mesure du groupe : nombreuses et diversifiées.



En matière d'information à destination du grand public, signalons encore la mise à jour d'un dépliant et d'une affiche de présentation du projet de nouvel hôpital. Ce matériel didactique est utilisé dans les entrées des cliniques du CHC, mais aussi lors des salons étudiants. Il a été édité à l'occasion d'une exposition organisée en février par le comité des riverains de Glain.

Clinique Sainte-Elisabeth Travaux d'extension

Depuis 2008, la clinique Sainte-Elisabeth construit une nouvelle aile à l'arrière du bâtiment. Cette nouvelle extension doit permettre de mieux accueillir les patients toujours plus nombreux dans une infrastructure plus confortable et plus ergonomique.

Cette nouvelle construction et la rénovation de l'existant (reconditionnement des services, isolation du bâtiment) représentent un investissement de 36,3 M° €.

La première phase des travaux (2008-2010) a permis de monter 3 niveaux (-2 à 0). Démarré au printemps 2012, l'exhaussement de la tour prévoit 3 niveaux supplémentaires (+1 à +3), destinés à l'hospitalisation et à la maternité. Le gros œuvre fermé (bâtiment, toiture, châssis de fenêtre) de ces 3 étages s'est terminé en décembre 2013. Le parement des murs en briques s'est également terminé. Avec la fin du gros œuvre, on a aussi pu recreuser les cours anglaises autour du niveau -2, lesquelles permettront d'amener de la lumière du jour dans ce niveau semi-entfou.

Le rez-de-chaussée de la nouvelle aile a déjà été investi et inauguré en novembre 2010. Il accueille le nouvel hôpital de jour, l'extension de l'imagerie médicale (notamment la RMN), la salle de prélèvement du laboratoire, la consultation d'oncologie, la clinique de la douleur (algologie) et le service de pré-hospitalisation.

A terme, la nouvelle tour accueillera :

- le service de revalidation, la pharmacie et le magasin au -2
- les urgences et les soins intensifs au -1
- la maternité (20 lits) et le bloc accouchement au +1
- deux unités d'hospitalisation de 35 lits (chirurgie et médecine) aux +2 et +3, dont une fonctionnera en service de semaine



En fin d'année, le gros œuvre fermé était presque terminé

Le parachèvement des différents niveaux est prévu en 2014-2015 : d'abord les urgences et soins intensifs (-1), ensuite les niveaux supérieurs (+1 à +3). La dernière phase consistera à relier la nouvelle aile (sud) par un bâtiment de jonction directe avec l'aile ouest (entrée principale) et à finaliser le parachèvement des services du -2. La fin de ces travaux est prévue en 2017.

A côté de la nouvelle aile, les travaux de rénovation de l'ancien bâtiment ont également eu lieu en 2013, comme par exemple un rafraîchissement de la cafétéria et de la maternité ou la rénovation de la petite maison à l'angle de la propriété rue du Naimeux, qui servira désormais de local à vélos.

Autre modification liée aux travaux : les consultations, désormais à l'étroit en raison de l'activité croissante, ont récupéré l'espace occupé par le secrétariat médical. En janvier 2014, le secrétariat a migré provisoirement au rez-de-chaussée d'une maison de la rue du Naimeux (n° 21), qu'il a fallu auparavant aménager et relier à la clinique (réseaux informatique et téléphonique). Les salles de réunion ont elles aussi joué aux chaises musicales en 2013.

Menée fin juin 2013, la seconde réunion avec les riverains s'est déroulée dans un climat de confiance et un esprit constructif. Les aménagements des abords ont fait l'objet d'un accord entre les deux parties, moyennant la plantation d'espèces plus hautes pour garder l'intimité des jardins des particuliers et la vue des chambres des patients.



Axe 7 – Renforcer la direction clinique et l'organisation médicale

Renforcer la direction clinique et l'organisation médicale afin de définir un modèle d'organisation de l'activité médicale et de s'assurer à la fois de sa complémentarité et de sa performance.

Le monde de la santé et ses enjeux

Comme chaque année depuis 2011, le CHC a poursuivi, à l'initiative de sa direction médicale, son cycle de conférences à destination de ses médecins spécialistes.

Au mois de mars, une soirée consacrée à la pharmacovigilance a été organisée en collaboration avec le comité médicopharmaceutique (CMP) du CHC. Deux oratrices externes, Cécile Lescrainier, pharmacienne et évaluatrice pharmacovigilance à l'AFMPS (agence fédérale des médicaments et des produits de santé), et Jamila Hamdani, docteur en sciences pharmaceutiques, évaluatrice et chef du projet « Pharmacovigilance active », ont abordé la thématique de **la pharmacovigilance en Belgique et de la notification spontanée des effets indésirables des médicaments**.



Pour sa conférence de décembre, une rencontre sur le thème **MontLégia, une opportunité d'amélioration de la gestion du département médical au CHC**, la direction médicale a fait appel à Eduard Portella, à la tête d'Antares

consulting, société de consultance spécialisée en services de soins de santé. C'est avec Eduard Portella et son équipe que le CHC avait mis sur pied son plan stratégique Azimut en 2003-2004.

L'accompagnement du projet médical dans le cadre de la future clinique du MontLégia et des autres cliniques du CHC revêt un rôle stratégique de première importance. La structure de la clinique du MontLégia étant finalisée, la direction médicale a souhaité poursuivre la réflexion sur le plan organisationnel. Poursuivre, car le sujet a déjà été largement abordé au cours de deux séminaires médicaux dédiés à la définition du projet médical qui a prévalu à la conception de la clinique du MontLégia.

Eduard Portella a proposé une revue des expériences et réflexions autour de l'organisation médicale dans un hôpital aujourd'hui... et demain. Il a mis en lumière les incongruités de notre système, à l'heure où les médecins sont toujours plus spécialisés, les patients plus informés et les budgets plus étriqués.

La réflexion a été alimentée par les avis des médecins ayant au préalable été invités à répondre à un questionnaire anonymisé sur les compétences en management des services médicaux au CHC. Ce questionnaire évaluait huit concepts : leadership, stratégie, ressources humaines, alliances et partenaires, orientation patients, innovation, performance et image/visibilité.

CHC – Enquête sur l'environnement de travail du personnel de soins

Il fait bon travailler au CHC et on y travaille bien !

Réalisée en mai 2012, l'enquête sur l'environnement de travail du personnel de soins a livré ses résultats courant 2013 et présente des résultats très positifs : 95 % du personnel soignant est attaché et fidèle au CHC, 86,8 % du personnel de soins est satisfait à très satisfait de son emploi, 87,6 % estiment qu'on travaille bien dans son unité, plus de deux tiers des répondants considèrent que la qualité des soins est en hausse. Le bulletin est donc excellent. D'autant plus que la photo générale est représentative, avec un taux de réponse à l'enquête de 65,9 %, ce qui est énorme. Le questionnaire ne permettait pas de réponse neutre, dès lors le tableau dressé par l'enquête est significatif pour l'ensemble du pôle hospitalier et pour chacun des 6 sites.

Outre un taux élevé de satisfaction générale, l'enquête souligne la très bonne relation entre médecins et infirmières qui forment véritablement le binôme gagnant. Autre score, meilleur encore : la bonne gestion des unités de soins (ambiance, conditions de travail, organisation du service, ...) souligne le bon esprit d'équipe, mais surtout le travail des infirmier(e)s chefs est reconnu et salué par les équipes. L'enquête souligne aussi les bonnes relations des équipes avec les autres services qui interviennent au sein de l'unité (entretien, logistique, maintenance, ...).

L'enquête visait aussi la charge de travail (intensité du travail, implication et épuisement émotionnel, risque de burn out). Malgré l'intensité de travail confirmée par l'enquête, la vitalité, l'implication, l'engagement professionnel sont importants et les scores d'épuisement émotionnel ou de cynisme (annonciateur du burn out) restent bas. Le personnel de soins est dévoué, se sent efficace et croit en sa mission.

Seul petit bémol, le manque de reconnaissance évoqué par 13,2 % des participants. C'est dans ce sens que le département infirmier compte mener des actions correctrices : encourager la gestion participative, assainir les problèmes relationnels, augmenter la reconnaissance.

Ce n'était pas un pari évident de se lancer dans cette enquête, mais les résultats sont encourageants : le CHC est un bon employeur, et c'est le terrain qui le dit. Maintenant, cette enquête n'est pas un aboutissement mais une étape : la reconnaissance et le sentiment d'appartenance sont des choses à travailler au quotidien.

L'enquête en chiffres

- secteur ciblé : réseau hospitalier
- personnel ciblé : infirmier(e)s (A1, A2), sages-femmes, aides-soignantes, aides-logistiques, brancardiers, paramédicaux (ergo, logo, ...)...
- 1.426 personnes concernées
- formulaire de 106 questions
- enquête réalisée en mai 2012 par l'Université d'Anvers

L'échantillon

- 940 répondants (exclusivement sur base volontaire)
- âge moyen : 40 ans
- ancienneté moyenne dans le métier : 17 ans
- ancienneté moyenne dans l'unité : 10 ans
- régime de travail : 63,3 % travaillent à 4/5 temps ou plus

Axe 8 – Accentuer l'organisation et la culture de groupe

La dynamique de la formation

Le CHC a lancé, en 2009, un important programme de formations dédié au personnel cadre. Après avoir développé les connaissances pratiques (financement des hôpitaux, législation sociale), relationnelles (communication et gestion de conflits), managériales (construire et développer son leadership) ou d'expert (le leadership du manager transversal), le CHC a mis l'accent sur le développement de l'efficacité individuelle et publié un premier catalogue des formations. Sept formations allant de la présentation dynamique à la gestion du temps, en passant par la conduite de réunion en hôpital, autant d'occasions d'acquérir des outils pour élargir son champ de compétences et évoluer dans sa fonction.

En 2013 s'est construite la partie finale de ce projet, qui consistait en une formation sur la gestion du changement. Le challenge futur nécessitera une attitude positive et proactive par rapport aux changements qui se produisent toujours en grand nombre et de plus en plus vite. En résumé, il est nécessaire de se préparer à une dynamique de changement perpétuel.

A côté de ce plan dédié aux cadres, la direction des ressources humaines assure aussi les formations permanentes. Épinglons quelques exemples de l'année 2013.

- **Gérer l'agressivité verbale**

Les gens confondent de plus en plus l'assertivité et l'intimidation. Ils ne tiennent plus compte des attentes d'autrui et exigent que leurs problèmes soient résolus immédiatement. Les pressions subies au quotidien génèrent un stress sans cesse croissant et il est difficile de surmonter ses frustrations. Le but de la formation développée à la clinique de l'Espérance était de sensibiliser et de former les participants afin que ceux-ci gèrent mieux cette agressivité. D'autres sites, ainsi que le Réseau senior, seront également formés à cette thématique.

- **Vous avez choisi l'urgence, pas la violence : recyclage**

Cette formation avait été mise sur pied en 2011 à la demande des médecins urgentistes face aux comportements agressifs vécus dans les services d'urgence

au quotidien. Elle avait pour objectif de pouvoir y apporter des réponses adaptées.

Une journée de recyclage a été organisée pour tous les acteurs des services d'urgence du CHC. Elle était l'occasion de revoir les concepts vus lors de la formation et de retravailler les cas difficiles rencontrés. L'objectif était de pérenniser les acquis et de rendre les participants encore plus autonomes dans cette démarche de gestion constructive du stress et de l'agressivité.

- **Prends soin de toi**

Conscient de la charge émotionnelle qui accompagne chacun au quotidien, le CHC a proposé quatre modules de formation pour prendre soin de soi tout en prenant soin des autres : soutien au patient, communiquer autrement, gestion du stress et prévention du burn out. Ce programme a été mis sur pied en 2012 pour se donner en 2013. Les formations ont rencontré un vif succès et ont rapidement affiché complet. Une édition 2014 est dès lors prévue. Tous les formateurs sont des psychologues travaillant au CHC et les formations sont ouvertes à tous les acteurs du CHC (cadres, salariés, médecins et paramédicaux, ...).

- **Formation SIAMU**

Pour la deuxième fois, le département infirmier du CHC a ouvert ses formations SIAMU aux autres hôpitaux francophones disposant d'un service d'urgence et/ou de soins intensifs. Deux journées de formation, au contenu strictement identique dans le but de répondre aux contraintes horaires des publics-cibles, ont eu lieu en février. Il faut noter la présence de plusieurs hôpitaux de la province liégeoise (CHPLT, CHU de Liège, Clinique André Renard). La Clinique Saint-Pierre à Ottignies et la Clinique Saint-Joseph de Mons étaient également représentées. Au total, les participants étaient au nombre de 250 pour les deux journées.

- **Formation RCP**

En 2013, à l'initiative du département infirmier de la clinique Saint-Joseph, 200 membres du personnel soignant ont été formés à la réanimation cardio-pul-

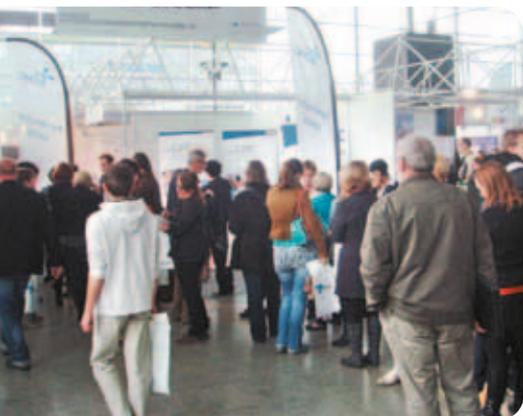
monaire. Ces formations ont été dispensées au rythme d'une à deux fois par mois, par 6 formateurs internes reconnus par l'ERC (European resuscitation council).

- **Formation aides-soignantes**

Organisée pour la première fois en 2013, pour le maintien du titre, une formation intersites a rassemblé 69 aides-soignantes du réseau hospitalier. Au programme: la liste des actes prestés autorisés, les

questions d'hygiène hospitalière, le rôle de l'aide-soignante dans l'alimentation du patient, les soins continus et de confort, et la prévention des escarres.

En 2013, les heures de formation répertoriées au niveau de la direction des ressources humaines, cadres et non cadres confondus, s'élèvent à 21.983 unités.



Politique de recrutement

En matière d'attractivité, le CHC joue sa meilleure carte au quotidien dans l'accompagnement des nombreux stagiaires qu'il accueille chaque année: plus de 3.200 étudiants infirmiers et paramédicaux, plus de 200 étudiants en médecine et candidats spécialistes (assistants en médecine), sans compter les stages dans les autres domaines. La formation dispensée dans les unités de soins et services médicaux constitue aussi le meilleur moyen de repérer, fidéliser, recruter le nouveau personnel et les nouveaux médecins. Cet accueil des stagiaires est renforcé par les visites pédagogiques organisées à l'intention des étudiants infirmiers, notamment les étudiants de 4^e année. Lors de son année de spécialisation, le futur professionnel peut ainsi découvrir les unités de pédiatrie et les maternités, par exemple. Le CHC ouvre aussi systématiquement ses formations (ex: formations SIAMU) aux étudiants. C'est une occasion pour eux de revenir sur leur lieu de stage et d'appréhender la culture de la formation telle qu'elle est mise en œuvre au CHC. Le CHC participe également systématiquement au forum organisé annuellement par l'ACN, lequel rassemble étudiants infirmiers francophones et employeurs potentiels.

A côté de ces démarches faites de longue date, le CHC a formalisé plusieurs approches en 2013. L'uniformisation des pratiques en vigueur dans le suivi des candidatures et des embauches en constitue un exemple. La check list établie à l'attention des directions de nursing, les différents documents d'information et la modélisation du formulaire de candidature procèdent de ce principe. Le formulaire de candidature spontanée est également en ligne sur internet. A côté de ces éléments, la direction des ressources humaines et la direction infirmière ont fait réaliser des packs de bienvenue, distribués aux nouveaux engagés et contenant toutes les informations nécessaires lors de la prise de fonction. Ces valisettes ont été très appréciées par les nouvelles recrues. Enfin notons qu'en 2013, en plus des traditionnelles campagnes de recrutement par affichage dans les écoles infirmières, le CHC a fait parvenir un courrier personnalisé à l'ensemble des futurs diplômés de 10 hautes écoles, afin de toucher tous les jeunes qui arrivent sur le marché du travail et qui n'auraient pas effectué de stage au CHC. Ici aussi, l'initiative a été positive et suivie de nombreux retours.

Signalons encore la participation du CHC à deux salons de l'emploi en région liégeoise, Talentum, à l'aéroport de Bierset le 17 septembre 2013 et le salon organisé par le Forem au Palais des Congrès de Liège le 10 octobre 2013. Dans les deux cas, plus de 500 personnes ont déposé leur CV au stand du CHC.

Assuétudes : prévention et prise en charge



Depuis 2009, toute entreprise doit disposer d'une politique de prévention des assuétudes (alcool, drogue, médicament). Au CHC, la politique d'intention cible 4 priorités (sécurité patients, santé travailleurs, exemplarité, limiter les dysfonctionnements) et 4 axes de prévention (danger d'une consommation, pas d'alcool au travail, que faire en cas de consommation, aide et accompagnement).

Au rayon des outils, après le dépliant édité à l'intention des travailleurs, le CHC s'est doté en 2013 d'un guide d'entretien destiné aux responsables de service qui doivent mener une discussion avec un travailleur qui dysfonctionne en raison de ses dépendances supposées ou avérées. Ce guide permet de baliser l'entretien, en évitant tout jugement, en restant soutenant pour le travailleur et en lui rappelant les systèmes d'aide à sa disposition.

Autre réalisation 2013, la création d'un comité de pilotage permanent, chargé d'assurer une veille législative, mettre à jour la politique ou les procédures si nécessaire, répondre à toute question à propos de la procédure assuétude et de son application.

Qualité et sécurité patient Logiciel Ennov et identito-vigilance

Afin d'encourager la culture sécurité et d'inciter les intervenants à déclarer les événements indésirables, le CHC avait adopté en 2012 la charte no fault. Outre ce changement de culture et de mentalité, qui va demander plusieurs années, 2013 a été mise à profit pour formaliser les déclarations d'événements indésirables et leur suivi. Désormais, toute personne peut déclarer un événement indésirable grâce au logiciel Ennov, accessible sur intranet. Le principal bénéfice de ce logiciel est que le déclarant peut suivre le traitement de sa déclaration dans le workflow. Pour l'équipe en charge de la gestion des déclarations, l'enregistrement automatisé des déclarations a nécessité un travail en amont, avec une centralisation et une standardisation des données, en fonction de la gravité, de la classe d'incident et des actions correctrices ou préventives à mettre en place. Cette standardisation a aussi donné lieu à une réorganisation de la prise en charge de l'événement indésirable : délais de traitement, suivi à donner (transmission d'information, ...).

La cellule qualité et sécurité patient s'est également focalisée en 2013 sur l'identito-vigilance, un terme qui désigne tout procédé permettant d'identifier avec fiabilité un patient dans tous les systèmes d'information des professionnels impliqués. Parmi ces procédés, le bracelet d'identité du patient constitue la partie visible de l'iceberg. La réduction des erreurs et des risques liés à l'identification est un enjeu majeur. Deux audits (été 2012 et mai 2013) montrent une progression importante, mais aucune des 6 cliniques n'affiche un score de 100 % de patients portant



Le bracelet d'identification, la partie visible de l'iceberg de l'identito-vigilance

le bracelet. C'est un des objectifs 2014. Ce constat s'est accompagné d'une re-sensibilisation générale des soignants, en insistant sur deux règles fondamentales : tout patient doit porter un bracelet et tout soignant doit vérifier l'identité de son patient à chaque étape de la prise en charge.

La fin de vie entourée des mêmes soins que la vie



En Belgique, où la loi sur l'euthanasie a fêté ses 10 ans, on estime qu'une personne sur deux décède à l'hôpital. Mais la fin de vie ne se limite pas à l'euthanasie, au contraire, elle recouvre de multiples situations et touche de nombreux services du CHC : néonatalogie, soins intensifs pédiatriques, oncologie, réanimation, gériatrie, soins palliatifs, maisons de repos. Entourer la fin de vie des patients des mêmes soins que la vie dont elle est indissociable, c'est la volonté du CHC et de ses acteurs.

À l'initiative du Conseil d'administration, le CHC s'est défini des repères pour la fin de vie, qui tiennent compte de la loi sans se limiter à l'euthanasie, et qui respectent les convictions de chacun : patient, famille, médecin, soignant. La réflexion a été menée sans tabou, se nourrissant de lectures et d'expériences de terrain, de témoignages, tenant compte de la charge émotionnelle, de l'énergie à donner, du temps de cheminement de chacun...

Intitulé *Vivant jusqu'à la mort* et destiné aux acteurs du CHC, le dépliant vise à entourer la fin de vie de tous les soins nécessaires. Volontairement court et direct, il se double d'une information plus fouillée, disponible sur intranet, reprenant la législation (version simplifiée et vulgarisée) concernant l'accès aux soins palliatifs, l'écoute et les étapes d'une demande d'euthanasie, sa procédure légale...

Partenariat CHC – Pawa

De retour de la 3^e mission d'observation

La convention de partenariat entre le CHC et l'hôpital de Pawa, en République démocratique du Congo, a été signée en avril 2007. Depuis, trois missions d'observation ont eu lieu afin de se rendre compte de l'ampleur des besoins de l'hôpital de Pawa et de suivre l'évolution de l'aide apportée par le CHC.

Nicole Bairolle (Notre-Dame Hermalle) et Virginie Groulard (Sainte-Elisabeth) ont été les deux premières à partir à Pawa, en juin 2009. Elles ont été suivies, en juillet 2011, par le Dr Bert Leyn (alors à Saint-Joseph) accompagné d'Alain Van Laere (Saint-Joseph). La troisième mission en date a eu lieu en septembre 2013. Le Dr Denis Brisbois, du service de radiologie interventionnelle de Saint-Joseph, et Lino Spapen, infirmier chef du 2C, également à Saint-Joseph, sont les deux observateurs qui ont été retenus suite à l'appel à candidatures.

Celle du Dr Denis Brisbois était en partie motivée par son souhait d'apporter à Pawa du matériel échographique portable aujourd'hui inutilisé au CHC. Avec sa formation d'interventionniste, il espérait apprendre aux médecins autochtones des gestes qu'ils ne savaient pas faire, comme drainer des reins ou encore des vésicules. En fin de séjour, ils pouvaient utiliser le matériel seuls et l'échographe est resté là-bas.

La découverte de l'hôpital de Pawa et de l'état des lieux, des chambres, du bloc opératoire, ... a été un moment très déconcertant, mais fort. La fierté de voir le logo du CHC sur les cuves de récupération d'eau de pluie se mélangeait à la conviction qu'on pouvait encore faire plus pour ces gens. Imaginez un hôpital de 100 lits sans électricité, sans eau courante, sans bloc sanitaire. Par « lits », entendez des sommiers rouillés sans matelas. Et malgré cette souffrance, ce ne sont que regards bienveillants et sourires à Pawa.

Grâce à l'aide du CHC depuis 2007, les choses ont évolué, notamment grâce à la pose de deux panneaux photovoltaïques et à l'installation de deux points de récupération d'eau de pluie. Pendant leur séjour, les observateurs du CHC ont mis au point avec les médecins et soignants de Pawa des projets à développer dans un avenir proche : la création d'un bloc sanitaire et une électrification minimale. Il faut maintenant trouver les fonds nécessaires, car la population de Pawa ne peut pas compter sur les autorités publiques. Le groupe de travail « Hôpital pour hôpital » du CHC s'y attelle.



Lors de l'arrivée à Pawa, séance de remise de cadeaux : le Dr Denis Brisbois offre un échographe portable au médecin chef de zone de Pawa

Le CHC a gagné son premier Maasmarathon comme partenaire santé

Manifestation sportive la plus populaire de Visé, le Maasmarathon de la Basse-Meuse a une fois encore attiré la grande foule le 12 mai. Plus de 3.300 personnes ont participé à sa 15^e édition. Un nouveau record. Le CHC était présent en force : quelque 130 membres de son personnel, reconnaissables à leur tee-shirt bleu à l'effigie du groupe, ont disputé l'une des quatre courses (42, 21,9 et 5 km), soit une trentaine de plus que lors des éditions précédentes. Et pour la 5^e année consécutive, un parrainage des coureurs du CHC était organisé au profit de l'hôpital de Pawa.

Le CHC était omniprésent sur ce Maasmarathon dont il était en 2013 le partenaire santé. Il a fourni, grâce à ses sponsors, les packs de ravitaillement pendant la course et les welcome packs (contenant boissons, fruits et barres énergétiques) à l'arrivée. Il a aussi mis à disposition des sets de secours et des tables de kiné au sein de l'espace santé. Enfin, des membres de son personnel ont prêté main forte au staff médical de l'organisation.

Le CHC sera de nouveau très présent lors des éditions à venir puisque son partenariat avec le Maasmarathon court jusqu'en 2015 au moins.



Les joggeurs du CHC prêts pour le départ

Clinique Sainte-Elisabeth Equipe solidaire à Relais pour la vie

Organisée par la Fondation contre le cancer, l'opération Relais pour la vie propose aux sympathisants de mettre les patients à l'honneur, au cours d'un relais de 24h qui allie sport, sensibilisation et récolte de fonds.

Composée de 64 membres de la clinique Sainte-Elisabeth, tous services confondus, *Accroche-toi* était la plus importante des équipes présentes. Elle s'est classée 12^e sur les 70 équipes participantes. L'ensemble s'est mobilisé avant et durant la manifestation, que ce soit pour l'organisation, la réalisation et la vente tantôt d'objets, tantôt de collations... Mis bout à bout, ces petits ruisseaux ont formé une rivière : plus de 2.200 € ont été récoltés pour l'occasion. Outre la récolte de fonds, c'est surtout le soutien, la bonne humeur et le plaisir de participer ensemble à cette action qu'il faut retenir.

Le CHC «vélo-actif»

Le CHC promeut activement au sein de son personnel l'usage du vélo pour les déplacements entre domicile et lieu de travail. A cet égard, la clinique Sainte-Elisabeth s'est vue décerner le label «Vélo-actif» par la Wallonie en 2013. Ce label a été attribué, dans le cadre d'une opération appelée «Tous vélo-actifs», à une vingtaine d'entreprises publiques et privées sélectionnées comme entité pilote. Chaque trimestre, les entités sont tenues d'organiser une action pour encourager l'usage du vélo. Le groupe de travail «mobilité» de Sainte-Elisabeth a ainsi organisé deux journées de sensibilisation, pour informer le personnel sur les possibilités et les avantages de se rendre au travail à vélo mais aussi par covoiturage. Une journée similaire a également eu lieu à la clinique Notre-Dame Hermalle, à l'occasion de la semaine de la mobilité.



La délégation du CHC, heureuse de recevoir le label «tous vélo-actifs»

De nombreuses manifestations scientifiques

L'année 2013 aura, encore une fois, été riche en manifestations scientifiques en tous genres et pour tous publics. Pour rappel, le calendrier 2013 des manifestations scientifiques se trouve en page 77 et suivantes.



Parmi cette liste exhaustive, épinglons, en novembre, le « Liège Live Surgical Day » du département de chirurgie abdominale, qui marque son grand retour sur la scène des congrès. Un beau challenge que l'organisation de cet événement : trois salles de coelioscopie et une salle de laparotomie du bloc opératoire de la clinique Saint-Joseph en live sur écran géant au Palais des congrès.

De l'avis unanime de la centaine de chirurgiens présents, les prestations techniques étaient à la hauteur des espérances. Pour chacune des dix opérations proposées tout au long de la journée, un tandem composé d'un chirurgien de l'équipe du CHC et d'un chirurgien invité (au nombre de huit) opérait tout en commentant et répondant aux questions des participants. Le tout modéré par d'autres experts invités (également au nombre de huit), pour une journée dynamique et riche en échanges.

Les précédents congrès de chirurgie abdominale, dans les années 90, ont marqué l'avènement de la coelioscopie avec le développement de plusieurs techniques (la hernie hiatale en 1991 notamment) pour lesquelles le CHC détenait le leadership.

Après 15-20 ans, il était important de dresser le bilan de ce qui se fait aujourd'hui en routine, au CHC comme ailleurs : hernie inguinale, chirurgie du reflux, chirurgie de l'obésité, chirurgie fonctionnelle du pelvis, ... Mais cette journée fut aussi l'occasion de montrer des opérations plus exceptionnelles que le CHC pratique aujourd'hui régulièrement, comme la chirurgie du rectum, la chirurgie du pancréas ou la chirurgie hépatique sous laparoscopie. Enfin, du côté oncologique, les chirurgiens ont proposé la réalisation d'une chirurgie lourde pour le debulking (de l'anglais bulck : masse, tumeur) d'un cancer par CHIP (carcinomatose péritonéale et chimiohyperthermie intrapéritonéale). Ce type d'approche chirurgicale, qui permet au CHC de se positionner en tant que centre d'oncologie médico-chirurgical, est proposé par très peu de centres, et en live encore moins !

Calendrier 2013 des manifestations scientifiques

- 7 mars** **L'éthique du care. Le Soins, une valeur de base de notre société ?**
par le Dr René Stevens
Organisation : Comité d'éthique médicale (CEM)
- 21 et 22 mars** **Cours de colonoscopie virtuelle**
Organisation : Drs Danielle Hock et Roxanne Ouhadi, imagerie médicale
- 28 mars** **Quand le médicament peut tuer ...**
par Cécile Lescrainier, pharmacienne et évaluatrice pharmacovigilance à l'AFMPS (agence fédérale des médicaments et des produits de santé) et Jamila Hamdani, docteur en sciences pharmaceutiques, évaluatrice et chef du projet « Pharmacovigilance active »
Organisation : Direction médicale et Comité médicopharmaceutique (CMP)
- 18 avril** **Soirée de conférences sur la radioprotection**
Organisation : Service d'imagerie médicale
- 11 mai** **Sensibilisation à l'insuffisance cardiaque**
Dans le cadre de la 4^e édition des journées européennes de sensibilisation à l'insuffisance cardiaque
Organisation : Service de cardiologie
- 8 juin** **XXIX^e Rencontre de néonatalogie de Rocourt – PIC-NIC shared controversies**
Organisation : Service de soins intensifs néonataux
- 13 juin** **Comment optimiser l'usage des antibiotiques à l'hôpital ?**
Organisation : Groupe gestion des antibiotiques (GGA) CHC-CHVE
- 5 septembre** **Soirée de conférences sur la prise en charge de l'AVC et le traitement des tendinopathies**
Organisation : Services d'imagerie médicale, de neurologie et de médecine de l'appareil locomoteur
- 20 septembre** **Inauguration de l'Aquilion ONE ViSION, nouveau CT scanner volumique et dynamique**
Organisation : Service d'imagerie médicale
- 21 septembre** **Journée de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal : visite d'un côlon géant**
Organisation : Société liégeoise de gastroentérologie et Dr Philippe Leclercq, gastroentérologie
- 4 octobre** **Bien s'alimenter pour vieillir en bonne santé**
Journée de sensibilisation et de prévention dans le cadre de la journée internationale des personnes âgées
Organisation : Service de gériatrie
- 4 et 15 octobre** **La reconstruction mammaire, bien plus qu'une reconstruction physique**
dans le cadre du mois de la sensibilisation au cancer du sein
Organisation : Services d'oncologie et de chirurgie réparatrice
- 10 octobre** **Journée de sensibilisation aux maladies rhumatismales**
dans le cadre de la journée mondiale de l'arthrite
- 12 octobre** **Journée médicale des Cliniques Saint-Joseph**
Organisation : Commission de contact des Cliniques Saint-Joseph
- 23 octobre** **Le traitement endovasculaire de l'AVC**
Organisation : Unité neurovasculaire du service de neurologie
- 23 octobre** **Comprendre la douleur d'autrui : difficultés et clés du dialogue entre le patient et le soignant**
par le Dr Nicolas Danziger, neurologue et neurophysiologiste au département de neurophysiologie clinique et à la consultation de la douleur de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris
Organisation : Les cliniques de la douleur et « Change Pain »
- 8 novembre** **Liège Live Surgical Day – Lectures and live transmissions**
Organisation : Service de chirurgie abdominale

14 novembre **Journée de sensibilisation et information au diabète**

dans le cadre de la journée mondiale du diabète

4 décembre **Soirée-débat sur les soins palliatifs**

Organisation : Direction et personnel de l'unité de médecine palliative de la clinique Notre-Dame Hermalle

5 décembre **MontLégia, une opportunité d'amélioration de la gestion du département médical au CHC**

par Eduard Portella, directeur d'Antares consulting
Organisation : Direction médicale et Conseils médicaux

Comité scientifique – A 152

25 janvier **Nouveautés en produits de contraste en radiologie**

Drs Denis Brisbois et Pierre Reginster, imagerie médicale

22 février **Présentation de cas cliniques**

29 mars **Impact des nouvelles mesures gouvernementales en pratique clinique**

Dr Philippe Devos, anesthésiologie, administrateur ABSyM Liège-Luxembourg

26 avril **Nouveautés dans la prise en charge du diabète**

Dr Christine Daubresse, endocrinologie

31 mai **Reflux gastro-oesophagien**

Dr Boris Bastens, gastroentérologie et Dr David Francart, chirurgie abdominale

28 juin **Présentation de cas cliniques**

25 octobre **Le coaching au cœur de la relation médecin-patient**

Thierry Delperdange, coach certifié

29 novembre **Comment instaurer une alimentation artificielle au CHC? Guide pratique et utilisation des outils d'intranet**

Dr Arnaud Colard, gastroentérologie, pour le Comité nutrition

20 décembre **Cas cliniques : prise en charge des tumeurs endocrines**

Drs Gauthier Demolin et Ghislain Houbiers, gastroentérologie

Commission de contact médecins généralistes – médecins hospitaliers (CCMG-MH) – A 152

29 janvier	Docteur, j'ai la migraine. Et... ? Dr Michel Vandenheede, neurologie	22 octobre	L'approche oncogériatrique en pratique courante : expérience du CHC dans le cadre du Plan cancer Dr Christian Focan, oncologie et Dr Emmanuelle Warzée, gériatrie
26 février	PRP (facteurs de croissance) dans les pathologies tendineuses et articulaires Dr Georges Houben, imagerie médicale	26 novembre	Intérêt médical et autre de la cholécystectomie en clinique de jour Dr Serge Markiewicz, chirurgie abdominale ; Dr Pascal Leclercq, anesthésiologie ; Dr Walter Kessler, en charge de l'information médicale au sein de la direction médicale
26 mars	La pancréatite chronique : diagnostic et traitement en 2013 Drs Boris Bastens et Philippe Leclercq, gastroentérologie		
30 avril	Traitement percutané des métastases osseuses Dr Georges Houben, imagerie médicale		
28 mai	Itinéraire clinique des maladies inflammatoires chroniques intestinales : présentation, organisation et rôle du médecin généraliste Drs Arnaud Colard et Fernand Fontaine, gastroentérologie ; Marie Stevens, coordinatrice itinéraires cliniques ; Karine Péters, infirmière coordinatrice		
25 juin	La radioprotection en médecine générale Dr Georges Houben, imagerie médicale		
24 septembre	Coroscanner : améliorations technologiques et nouvelle perspective Drs Julien Djekic et Olivier Ghekiere, imagerie médicale		

Liste non exhaustive des publications scientifiques 2013

Chirurgie abdominale

Topal B., Fieuwis S., Aerts R., Weerts J., Feryn T., et al.
Pancreatico-jejunostomy versus pancreaticogastrostomy reconstruction after pancreaticoduodenectomy for pancreatic or periampullary tumours: a multicentric randomised trial.
Lancet Oncology, 2013, 14 : 655-62.

Gastroentérologie

Baert F., Glorieux E., Reenaers C., D'Haens G., Peeters H., Franchimont D., Dewit O., Caenepeel P., Louis E., Van Assche G.; BIRD (Belgian IBD Research and Development). Collaborators (49).
Adalimumab dose escalation and dose de-escalation success rate and predictors in a large national cohort of Crohn's patients.
J Crohns Colitis, 2013 Mar; 7(2) : 154-60. doi : 10.1016/j.crohns.2012.03.018. Epub, 2012 Apr 24.

Muls V., Eckardt A.J., Marchese M., Bastens B., Buset M., Devière J., Louis H., Rajan A., Daniel M.A., Costamagna G.
Three-year results of a multicenter prospective study of transoral incisionless fundoplication.
Surg Innov, 2013 Aug, 20(4) : 321-30. doi : 10.1177/1553350612459275. Epub, 2012 Sep 11.

De Vos M., Louis E.J., Jahnsen J., Vandervoort J.G., Noman M., Dewit O., D'haens G.R., Franchimont D., Baert F.J., Torp R.A., Henriksen M., Potvin P.M., Van Hootegem P.P., Hindryckx P.M., Moreels T.G., Collard A., Karlsen L.N., Kittang E., Lambrecht G., Grimstad T., Koch J., Lygren I., Coche J.C., Mana F., Van Gossum A., Belaiche J., Cool M.R., Fontaine F., Maisin J.M., Muls V., Neuville B., Staessen D.A., Van Assche G.A., de Lange T., Solberg I.C., Vander Cruyssen B.J., Vermeire S.A.
Consecutive fecal calprotectin measurements to predict relapse in patients with ulcerative colitis receiving infliximab maintenance therapy.
Inflamm Bowel Dis, 2013 Sep, 19(10) : 2111-7. doi : 10.1097/MIB.0b013e31829b2a37.

Napoléon B., Alvarez-Sanchez M.V., Leclercq P., Mion F., Pialat J., Gincul R., Ribeiro D., Cambou M., Lefort C., Rodríguez-Girondo M., Scoazec J.Y.
Systematic pancreatic stenting after endoscopic snare papillectomy may reduce the risk of postinterventional pancreatitis.
Surg Endosc, 2013 Sep, 27(9) : 3377-87. doi : 10.1007/s00464-013-2920-9. Epub, 2013 Apr 3.

Gynécologie

Delvigne A.
La maternité autrement : point de vue du gynécologue.
La maternité autrement. Presse Universitaire de Namur, 2013, p 49.

Delvigne A.
Un bébé toute seule.
La maternité autrement. Presse Universitaire de Namur, 2013, p 89.

De Neubourg D., Bogaerts K., Wyns C., Albert A., Camus M., Candeur M., Degueudre M., Delbaere A., Delvigne A., De Sutter P., Dhont M., Dubois M., Englert Y., Gillain N., Gordts S., Hautecoeur W., Lesaffre E., Lejeune B., Leroy F., Ombelet W., Perrier D'Hauterive S., Vandekerckhove F., Van der Elst J., D'Hooghe T.
The history of Belgian assisted reproduction technology cycle registration and control: a case study in reducing the incidence of multiple pregnancy.
Hum Reprod, 2013 Oct, 28(10) : 2.709-19. doi : 10.1093/humrep/det269. Epub, 2013 Jul 2.

Imagerie médicale

Gilles R., Couvreur T., Dammous S.
Ultrasonic orthognathic surgery: enhancements to established osteotomies.
Int J Oral Maxillofac Surg, 2013 Aug, 42(8) : 981-7. doi : 10.1016/j.ijom.2012.12.004. Epub, 2013 Jan 8.

Couvreur T., Lipcsei G., Nchimi A.
Imaging assessment of periaortic inflammation in Erdheim-Chester disease.
Aorta, 2013 Jul, 1(2) : 146-148(3).

Houbart M.A., Couvreur T., Gérard L., Georgiopoulos A., Desprechins B.
Congenital azygos pseudocontinuity with right lower intercostal vein.
JBR-BTR, 2013, 96(3) : 186.

Nchimi A., Couvreur T., Meunier B., Sakalihan N.
Magnetic resonance imaging findings in a positron emission tomography-positive thoracic aortic aneurysm.
Aorta, 2013 Aug, 1(3) : 198-201(4).

Couvreur T., Ghaye B.
Interventions percutanées thoraciques non vasculaires.
In : A. Khalil – Imagerie Thoracique enfant et adulte, Masson, 2013.

Reginster P., Martin B.
Liege hospital studying pCASL for brain perfusion without contrast.
Fieldstrength, Issue 48, 2013/1, 18-19.

Lubicz B., Mine B., Collignon L., Brisbois D., Duckwiler G., Strother C.
WEB device for endovascular treatment of wide-neck bifurcation aneurysms.
AJNR Am J Neuroradiol, 2013 Jun-Jul, 34(6): 1.209-14.
doi: 10.3174/ajnr.A3387. Epub, 2013 Jan 4.

Kreutz J., Khamis J., Bauduin E., Francotte N., Khúc T.
Primary bone lymphoma in a 10-year-old boy.
JBR-BTR, 2013 Nov-Dec, 96(6): 381-2.

Alliet P., Desimpelaere J., Hauser B., Janssens E., Khamis J., Lewin M., De Greef E., Smets F., Paquot I., Veereman G., Souverijns G., Belgian IBD working group of BeSPGHAN.
MR enterography in children with Crohn disease: results from the Belgian pediatric Crohn registry (Belcro).
Acta Gastroenterol Belg, 2013 Mar, 76(1): 45-8.

Ghekiere O., Nchimi A.
Cardiac CT angiography: technical aspects in 2012.
JBR-BTR, 2013 Nov-Dec, 96(6): 401-2.

Hock D., Ouhadi R., Materne R., Mancini I., Nchimi A.
The ileocecal valve.
E. Neri et al. (eds), CT Colonography Atlas, Medical Radiology, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013.

Hock D., Materne R., Ouhadi R., Mancini I., Nchimi A.
Colonoscopie virtuelle par scanner.
Encyclopédie Medico-Chirurgicale, Gastro-entérologie [9-011-B-80]. 2013 Elsevier Masson.

Médecine nucléaire

Courtois A., Nusgens B.V., Hustinx R., Namur G., Gomez P., Somja J., Defraigne J.O., Delvenne Ph., Michel J.B., Colige A.C., Sakalihan N.
18-FDG uptake assessed by PET/CT in abdominal aortic aneurysms is associated with cellular and molecular alterations prefacing wall deterioration and rupture.
J Nucl Med, 2013, 54: 1-8. doi: 10.2967/jnumed.112.115873. Epub, 2013 Sep 5.

Bruls S., Courtois A., Namur G., Smeets J.P., Nusgens B.V., Michel J.B., Defraigne J.O., Sakalihan N.
Increased metabolic activity highlighted by positron emission tomography/computed tomography in the wall of the

dissected ascending aorta in a patient with Horton disease.
Circ Cardiovasc Imaging, 2013 Jul, 6(4): 606-8. doi: 10.1161/CIRCIMAGING.113.000317.

Neurologie

Desfontaines Ph., Brisbois D., Cornet O., Onclin N., Daout C., Melin A., Van Snick S., Lacroix A., Tulliez J., Maassen D., Merlevede K., Windhausen K., Dieudonné L., Maertens de Noordhout A.
Rescue thrombectomy after failure of intravenous thrombolysis in patients with acute ischemic stroke and proximal occlusion: preliminary results of a multicenter prospective observational study.
Journal of Neurological Sciences, 2013 Sep, Vol 333, Supplement 1, p.e245.

Vandermeeren Y., Lefebvre S., Desfontaines Ph., Laloux P.
Could dual-hemisphere transcranial direct current stimulation (tDCS) reduce spasticity after stroke?
Acta Neurologica Belgica, 2013 March, 113(1): 87-89.

Oncologie

Innominato P.F., Giacchetti S., Moreau T., Bjarnason G.A., Smaaland R., Focan C., Garufi C., Iacobelli S., Tampellini M., Tumolo S., Carvalho C., Karaboué A., Poncet A., Spiegel D., Lévi F., International Association for Research on Time in Biology and Chronotherapy (ARTBC) Chronotherapy Group.
Fatigue and weight loss predict survival on circadian chemotherapy for metastatic colorectal cancer.
Cancer, 2013 Jul, 119(14): 2.564-73. doi: 10.1002/cncr.28072. Epub, 2013 Apr 30.

Focan C., Warzée E., Demolin G., Houbiers G., Kreutz F., Matus G., Longree L., Sondag C., Dammel F., Guillaume T., Graas M.P.
A trans-hospital pilot program for onco-geriatrics. The experience of the CHC-Liege.
Rev Med Liege, 2013 Mar, 68(3): 110-7.

Focan C., Warzée E., Sondag C., Guillaume T.
Evaluation of biological rhythms in elderly cancer patients. A complementary translational research within the frame of the trans-hospital pilot program of oncogeriatrics launched at CHC-Liège.
Pathol Biol, 2013 Apr, 61(2): e33-7. doi: 10.1016/j.patbio.2011.01.001. Epub, 2012 Oct 25.

Focan C., Kreutz F., Graas M.P., Longrée L., Focan-Henrard D., Demolin G., Moeneclaey N.
Phase I – II study to assess the feasibility and activity of the

triple combination of 5-fluorouracil/folinic acid, carboplatin and irinotecan (CPT-11) administered by chronomodulated infusion for the treatment of advanced colorectal cancer. Final report of the BE-1603 study.

Pathol Biol, 2013 Apr, 61(2) : e27-31. doi : 10.1016/j.patbio.2010.12.005. Epub, 2012 Oct 25.

Focan C., Demolin G., Kreutz F., Graas M.P., Longrée L., Matus G., Moeneclaey N., Focan-Henrard D. Chronotherapy with 5-fluorouracil folinic acid and oxaliplatin delivered over 48 hours every second week in colorectal cancer. The CHC-Liège experience (Belgium).

Pathol Biol, 2013 Oct, 61(5) : e71-4. doi : 10.1016/j.patbio.2011.02.002. Epub, 2012 Oct 22.

Graas M.P., Demolin G., Houbiers G., Gomez P., Focan C. Haemolytic uraemic syndrome culminating in terminal renal failure after gemcitabine treatment : case report and literature survey.

Belg J Med Oncol, 2013, 7(2) : 50-52.

Kwiatkowski F., Francis L., Focan C. The big questions of the medical chronobiology : why, how, when?

Pathol Biol, 2013 Oct, 61(5) : 175-7. doi : 10.1016/j.patbio.2010.12.004. Epub, 2012 Oct 18.

Hendlisz A., Goulinopoulos V., Deleporte A., Paesmans M., El Mansy H., Garcia C., Peeters M., Annemans L., Vandeputte C., Maetens M., Borbath I., Dresse D., Houbiers G., Fried M., Awada A., Piccart M., Van Laethem J.L., Flamen P.

Preoperative chemosensitivity testing as predictor of treatment benefit in adjuvant stage III colon cancer (PePiTa): protocol of a prospective BGDO (Belgian group for digestive oncology) multicentric study.

BMC cancer, 2013, 13 : 190 doi : 10.1186/1471-2407-13-190.

Pédiatrie

Kempeneers C., Paquot I., Philippet P., Goossens A., Bernier V. Sterile folliculitis as an important diagnostic clue to Crohn's disease.

Pediatric Dermatol, 2013 Nov-Dec, 30(6) : e146. doi : 10.1111/j.1525-1470.2012.01796.x. Epub, 2012 Sep 28.

Lemaire M., Frémeaux-Bacchi V., Schaefer F., Choi M., Tang W.H., Le Quintrec M., Fakhouri F., Taque S., Nobili F., Martinez F., Ji W., Overton J.D., Mane S.M., Nürnberg G., Altmüller J., Thiele H., Morin D., Deschenes G., Baudouin V., Llanas B., Collard L., Majid M.A., Simkova E., Nürnberg P., Rioux-Leclerc N., Moeckel G.W., Gubler M.C., Hwa J., Loirat C., Lifton R.P.

Recessive mutations in DGKE cause atypical hemolytic-uremic syndrome.

Nat Genet, 2013 May, 45(5) : 531-6. doi : 10.1038/ng.2590. Epub, 2013 Mar 31.

Van Huis M., Schoenmaker N.J., Groothoff J.W., van der Lee J.H., Cransberg K.; RICH-Q Group, Bouts A.H., Collard L., van Dyck M., Godefroid N., van Hoeck K., Taylan C., Koster-Kamphuis L., Lilien M.R., Raes A., Ranguelov N.

Policy variation in donor and recipient status in 11 pediatric renal transplantation centers.

N Pediatr Nephrol, 2013 Jun, 28(6) : 951-7. doi : 10.1007/s00467-012-2396-1. Epub 2013 Jan 16.

Orbach D., Brennan B., Casanova M., Bergeron C., Mosseri V., Francotte N., Van Noesel M., Rey A., Bisogno G., Pierron G., Ferrari A.

Paediatric and adolescent alveolar soft part sarcoma : a joint series from European cooperative groups.

Pediatr Blood Cancer, 2013 Nov, 60(11) : 1.826-32. doi : 10.1002/pbc.24683. Epub, 2013 Jul 16.

Langhendries J.P.

Le lait et les produits laitiers.

Journal du Pédiatre Belge, 2013, 15 : 296-300.

Allegaert K., Langhendries J.P., vanden Anker J.N.A.

Do we need neonatal clinical pharmacologists?

Eur J Pediatr, 2013, 172 : 429-435. Nutrimenthe Research Group : White R.S., Van Hees J.N.,

Langhendries J.P., Martin F., Xhonneux A., Rietschel M.

Nutrition and neurodevelopment in children : focus on NUTRIMENTHE project.

Eur J Nutr, 2013, 52 : 1.825-1842.

Kaguelidou F., Turner M.A., Choonara I., vanden Anker J., Manzoni P., Alberti C., Langhendries J.P., Jacqz-Aigrain E. Randomized controlled trials of antibiotics for neonatal infections : a systematic review.

Br J Clin Pharmacol, 2013, 76 : 21-29.

Luque V., Escribano J., Grote V., Ferre N., Koletzko B., Gruszfeld D., Socha P., Langhendries J.P., Goyens P., Closa-Monasterolo R., European Childhood Obesity Project. Does insulin-like growth factor-1 mediate protein-induced kidney growth in infants? A secondary analysis from a randomized controlled trial.

Pediatr Res, 2013, 74: 223-229.

Rzehak P., Grote V., Lattka E., Weber M., Gruszfeld D., Socha P., Closa-Monasterolo R., Escribano J., Giovannini M., Verduci E., Goyens P., Martin F., Langhendries J.P., Demmelmair H., Klopp N., Illig T., Koletzko B., European Childhood Obesity Trial Study Group.

Associations of IGF-1 gene variants and milk protein intake with IGF-I concentrations in infants at age 6 months – results from a randomized clinical trial.

Growth Horm IGF Res, 2013, 23: 149-58.

Kirpalani H., Millar D., Lemyre B., Yoder B.A., Chiu A., Roberts R.S., NIPPV Study Group: Sankaran K., Givelichian L., Thiel C., Maton P., François A., Langhendries J.P., Marguglio A., Marion W., Smeets S., Chiu A., Roberts R.S.

A trial comparing noninvasive ventilation strategies in preterm infants.

N Engl J Med, 2013, 369: 611-20.

Durrmeyer X., Hummler H., Sanchez-Luna M., Carnielli V.P., Field D., Greenough A., Van Overmeire B., Jonsson B., Hallman M., Mercier J.C., Marlow N., Johnson S., Baldassarre J., European Union Nitric Oxide Study Group.

Two-year outcomes of a randomized controlled trial of inhaled nitric oxide in premature infants.

Pediatrics, 2013 Sep, 132(3): e695-703.

van Kaam A.H., De Jaegere A.P., Rimensberger P.C., Neovent Study Group.

Incidence of hypo- and hyper-capnia in a cross-sectional European cohort of ventilated newborn infants.

Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed., 2013 Jul, 98(4): F323-6.

Bigorgne A.E., Farin H.F., Lemoine R., Nizar M., Lambert N., Gil M., Schulz A., Philippet P., Schlessler P., Abrahamsen T.G., Oymar K., Davies E.G., Ellingsen C.L., Leteurtre E., Moreau-Massart B., Berrebi D., Bole-Feysot C., Nischke P., Brousse N., Fischer A., Clevers H., de Saint Basile G.

TTC7A mutations disrupt intestinal epithelial apicobasal polarity. (A TTC7A deficiency leads to the disruption of intestinal epithelial apicobasal polarity in multiple intestinal atresia with combined immune deficiency).

J Clin Invest, 2014 Jan, 124(1): 328–337. Published online Dec 2, 2013. doi: 10.1172/JCI71471.

Tuerlinckx D., Florkin B., Ferster A., De Schutter I., Chantrain C., Haerynck F., Philippet P., Strengers P., and Laub R. Pneumococcal antibody levels in children with primary immunodeficiency receiving immunoglobulin.

Pediatrics, 2014 Jan, 133(1): e154-e162. Published online Dec 23, 2013. doi: 10.1542/peds.2013-1155.

Mbunwe E., Van der Auwera B.J., Weets I., Van Crombrugge P., Crenier L., Coeckelberghs M., Seret N., Decochez K., Vandemeulebroucke E., Gillard P., Keymeulen B., van Schravendijk C., Wenzlau J.M., Hutton J.C., Pipeleers D.G., Gorus F.K. and The Belgian Diabetes Registry.

In antibody-positive first-degree relatives of patients with type 1 diabetes, HLA-A*24 and HLA-B*18, but not HLA-B*39, are predictors of impending diabetes with distinct HLA-DQ interactions.

Diabetologia, 2013, 56: 1964–1970. Doi: 10.1007/s00125-013-2951-8.

Psychiatrie

Panichelli C.

Humor, joining, and reframing in psychotherapy: resolving the auto-double-bind.

The American Journal of Family Therapy, 2013, 41(5): 437-451.



La vision du CHC

Offrir à la communauté de la province de Liège une prise en charge intégrale à travers une gamme de services spécialisés, élargie et de haute qualité, en accord avec les autres acteurs du système de santé.



CHC

Centre hospitalier chrétien ASBL
Siège social
Rue de Hesbaye 75 – 4000 Liège
N° d'entreprise : 416805238

Editeur responsable :
Alain Javaux, directeur général