

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mesure de l'impact des effets secondaires des médicaments antiépileptiques sur la capacité d'obtention et de maintien d'une activité professionnelle des adultes épileptiques en Belgique.**

**Auteur :** Pielaet, Audrey

**Promoteur(s) :** BODART, Olivier

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24182>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

## 8. ANNEXES

### 8.1. Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (n=42)

<b>Variables</b>	<b>Catégories</b>	<b>n(%)</b>
Sexe	Homme	13 (30.95)
	Femme	29 (69.05)
Âge	21-30 ans	15 (35.71)
	31-40 ans	10 (23.81)
	41-50 ans	11 (26.19)
	51-60 ans	4 (9.52)
	61-65 ans	2 (4.76)
Niveau d'éducation	Primaire	0
	Secondaire	23 (54.76)
	Supérieur	10 (23.81)
	Universitaire	9 (21.43)
Lieu de résidence	Brabant Wallon	3 (7.14)
	Province du Hainaut	9 (21.43)
	Province de Liège	16 (16.38)
	Province du Luxembourg	4 (9.52)
	Province de Namur	6 (14.29)
	Région Bruxelles-Capitale	1 (2.38)
	Autres	3 (7.14)
	Brabant Flamand	1 (2.38)
	Communauté Germanophone	2 (4.76)
Permis	Oui	29 (69.05)
	Non	13 (30.95)

## 8.2. Annexe 2 : Situation professionnelle de la population étudiée (n=42)

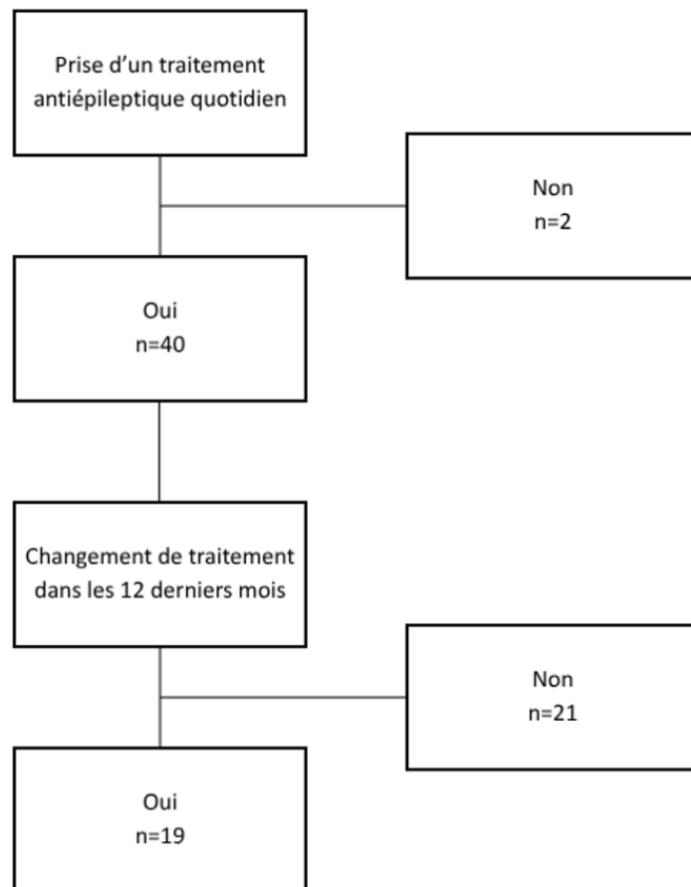
<b>Variables</b>	<b>Catégories</b>	<b>n(%)</b>
Occupe un emploi actuellement	Oui	34 (80.95)
	Non	8 (19.05)
<b><i>Patients qui occupent un emploi (n=34)</i></b>		
Domaine d'activité	Santé et Social	9 (26.47)
	Technique et logistique	5 (14.71)
	Commerce / Arts / Loisirs	4 (11.76)
	Droit et Finance	4 (11.76)
	Eneignement et Recherche	3 (8.82)
	Gestion	3 (8.82)
	Aide à la personne	2 (5.88)
	Sécurité	2 (5.88)
	Administratif et Communication	2 (5.88)
Type de contrat de travail	Remplacement	1 (2.94)
	Contrat à Durée Déterminée (CDD)	5 (14.71)
	Contrat à Durée Indéterminée (CDI)	23 (67.65)
	Indépendant	1 (2.94)
	Autre	4 (11.76)
Temps de travail hebdomadaire	Temps plein	23 (67.65)
	Temps partiel > 1/2	7 (20.59)
	Mi-temps (1/2)	3 (8.82)
	Temps partiel < 1/2	1 (2.94)
<b><i>Patients au chômage (n=8)</i></b>		
Durée de chômage actuelle	Moins d'un mois	2 (25.00)
	Moins de six mois	1 (12.50)
	Six mois et plus	2 (25.00)
	Un an et plus	3 (37.50)

**8.3. Annexe 3 : Corrélation entre l'âge d'apparition de l'épilepsie, l'âge actuel et le nombre d'années de traitement**

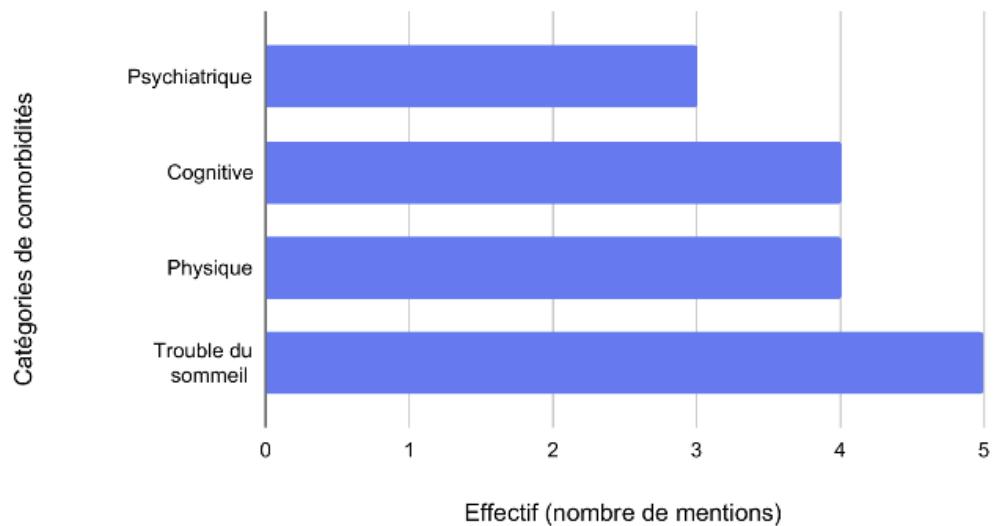
	<b>Âge d'apparition de l'épilepsie (années)</b>	
	<i>rho (a)</i>	<i>p-value (a)</i>
<b>Âge des participants (années)</b> 37,81 ± 11,54 (n=42)	0.3180639	<b>0.0401*</b>
<b>Temps de traitement pour l'épilepsie (années)</b> 16,10 ± 10,71 (n=40)	-0.3174774	<b>0.0489*</b>

(a) Corrélation de Spearman ; p < 0,05 : résultat significatif (\*), p < 0,01 : hautement significatif (\*\*).

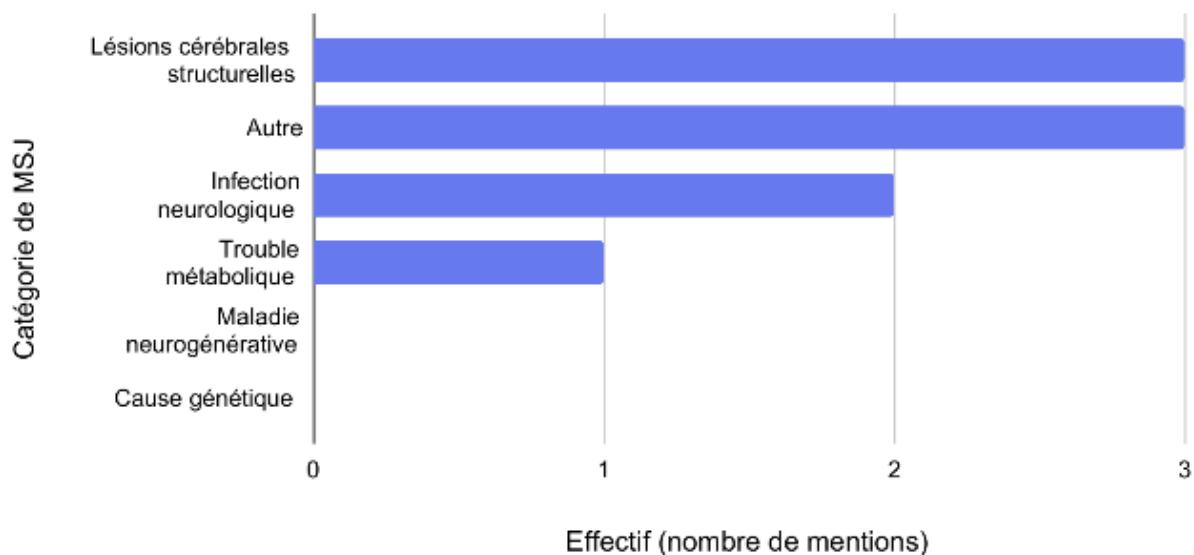
**8.4. Annexe 4 : Diagramme de flux illustrant la prise d'un traitement antiépileptique quotidien et les changements survenus dans les 12 derniers mois**



### 8.5. Annexe 5 : Fréquence des comorbidités



### 8.6. Annexe 6 : Fréquence des maladies sous-jacentes



### 8.7. Annexe 7 : Répartition de la durée des arrêts de travail temporaires (n=23)

Variable	Catégorie	n(%)
Temps d'arrêt de travail temporaire (n=23)	<7 jours	7 (30.43)
	<15 jours	4 (17.39)
	<30 jours	3 (13.04)
	30 jours et plus	9 (39.13)

**8.8. Annexe 8 - Comparaison de l'intensité moyenne des effets secondaires indésirables (ESI) selon différentes variables sociodémographiques et professionnelles**

	Moyenne des ESI par personne	p-value
<b>Sexe (n=42)</b>		
Femme (n=29)		0,3117 <sup>(a)</sup>
Homme (n=13)		0,4137 <sup>(b)</sup>
<b>Situation professionnelle (n=42)</b>		0,1003 <sup>(b)</sup>
Chômage (n=8)		0,448 <sup>(a)</sup>
Emploi (n=34)		0,4569 <sup>(b)</sup>
<b>Arrêt de travail temporaire (n=40)</b>		0,116 <sup>(b)</sup>
Oui (n=23)		<b>0,001782**<sup>(a)</sup></b>
Non (n=17)		0,2902 <sup>(b)</sup>
<b>Temps de travail hebdomadaire</b>		<b>0,01908*<sup>(b)</sup></b>
		0,7665 <sup>(c)</sup>

Notes : (a) Test de Wilcoxon (b) Test de Shapiro-Wilk (c) Test de Kruskal-Wallis ; p < 0,05 : résultat significatif (\*), p < 0,01 : hautement significatif (\*\*).

## 8.9. Annexe 9 : Questionnaire

### Questionnaire destiné au patient épileptique

Dans le cadre d'une étude qui met en relation des **effets secondaires indésirables** des **traitements antiépileptiques** et les capacités du patient à **obtenir et maintenir une activité professionnelle**.

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

Date : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

#### A. Données démographiques et professionnelles

1. Âge : \_\_\_\_\_ ans

2. Sexe :  H  F  X

3. Commune de résidence (Code postal) : \_\_\_\_\_

4. Quel est votre niveau d'éducation le plus élevé ?

Primaire  Secondaire  Supérieur  Universitaire

#### 5. Avez-vous un emploi actuellement ?

Oui

5.1. Profession actuelle : \_\_\_\_\_

5.2. Type de contrat :

Stagiaire  Intérimaire  CDD  CDI  
 Remplacement  Autre : \_\_\_\_\_

5.3. Temps de travail hebdomadaire :

Temps plein  Temps partiel > ½  mi-temps (½)  
 Temps partiel < ½

Non

5.4. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?

Moins d'un mois  Moins de 6 mois  6 mois et plus  1 an et plus

5.5. Quelle est votre source de revenus ?

ONEM  Mutuelle  Invalidité  CPAS  
 Aucune  Autre : \_\_\_\_\_

6. Avez-vous le permis de conduire ?  Oui  Non

## B. État de santé général et traitement

7. À quel âge a débuté votre épilepsie ? \_\_\_\_\_ ans

8. Prenez-vous un traitement journalier pour stabiliser votre épilepsie ?

Oui       Non

9. Quel(s) traitement(s) antiépileptique(s) journalier prenez-vous actuellement ? (Précisez)

Nom du traitement	Doses journalières

10. Depuis combien de temps êtes-vous traité pour votre épilepsie ? (En années)

\_\_\_\_\_ ans

11. Avez-vous changé de traitement au cours des 12 derniers mois ?  Oui       Non

11.1. Si oui, pour quelle(s) raison(s) avez-vous changé de traitement ?

Efficacité       Effets secondaires indésirables<sup>1</sup>       Autre : \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous libre de crises ?	
<input type="checkbox"/> Oui	12.1. Êtes-vous libre de crises depuis plus de 5 ans ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non	12.2. La fréquence de vos crises est-elle :  <input type="checkbox"/> Journalière <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle

<sup>1</sup> On entend par **effets secondaires indésirables** (ESI) les symptômes ou réactions non souhaitées qui peuvent apparaître lors de la prise du traitement antiépileptique.

	<p>12.3. Si oui, comment se présentent-elles ?</p> <p>12.3.1. Vous arrive-t-il de perdre connaissance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>12.3.2. Présentez-vous généralement des signes moteurs ? (Convulsions, mouvements involontaires, ...)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>12.3.3. Vos crises sont-elles avec aura<sup>2</sup> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	--

**13. Avez-vous des comorbidités<sup>3</sup> ?**  Oui  Non

13.1. Si oui, de quel(s) type(s) sont-elles ?

Psychiatriques  Cognitives  Physiques  Troubles du sommeil

Autre : \_\_\_\_\_

13.2. Prenez-vous un traitement journalier pour ces comorbidités ?  Oui  Non

Si oui, précisez.

Nom du traitement	Doses journalières

<sup>2</sup> Dans ce contexte, l'**aura** signifie toute sensation prémonitoire telles que flashes lumineux, odeurs inhabituelles, sensations corporelles étranges, etc...

<sup>3</sup> Les **comorbidités** sont l'ensemble des affections ou troubles supplémentaires qui coexistent avec une maladie principale chez un patient. Dans le cas de l'épilepsie, par exemple, les comorbidités peuvent inclure des troubles psychiatriques comme l'anxiété ou la dépression, des troubles cognitifs tels que des difficultés de mémoire, ou encore des maladies physiques comme les migraines. Les comorbidités ne sont donc pas la cause de votre épilepsie.

**14. Avez-vous une (des) maladie(s) sous-jacente(s)<sup>4</sup> à votre épilepsie ?**

Oui     Non

14.1. Si oui, de quel(s) type(s) est(sont)-elle(s) ?

- Lésions cérébrales structurelles (tumeur, AVC, malformation, ...)
- Maladie neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques)
- Infection neurologique (méningite, encéphalite, ...)
- Trouble métabolique (hypoglycémie sévère, problème de thyroïde sévère, ...)
- Cause génétique (cas d'épilepsie dans la famille, maladie génétique, ...)
- Autre : \_\_\_\_\_

14.2. Prenez-vous un traitement journalier pour ces maladies sous-jacentes ?

Oui     Non

Si oui, précisez.

Nom du traitement	Doses journalières

**15. Avez-vous déjà ressenti de la stigmatisation<sup>5</sup> en raison de votre épilepsie ?**

Oui, souvent     Oui, parfois     Non, jamais

15.1. Si oui, dans quel(s) domaine(s) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

<sup>4</sup> Une **maladie sous-jacente** est une maladie qui constitue la cause ou le fondement d'une autre condition. Par exemple, une tumeur cérébrale grave peut être la maladie sous-jacente d'une épilepsie, car elle est directement responsable des crises.

<sup>5</sup> La **stigmatisation** désigne les attitudes, préjugés ou comportements négatifs que vous pourriez avoir vécus en raison de votre épilepsie, comme des jugements injustifiés, des discriminations ou des exclusions.

Vie personnelle (famille, amis)     Vie sociale (relation avec autrui en général)

Vie professionnelle (collègues, employeurs)     Accès aux soins ou services

Autre : \_\_\_\_\_

**16. Bénéficiez-vous d'un soutien social pour gérer votre épilepsie ? (Plusieurs réponses possibles)**

Oui, de ma famille     Oui, de mes amis     Oui, d'associations ou de groupe d'entraide

Oui, de travailleurs sociaux ou professionnels de santé     Oui, de mes collègues ou de mon employeur     Non, je ne bénéficie d'aucun soutien     Autre : \_\_\_\_\_

**16.1. Ce soutien a-t-il influencé votre capacité à travailler ou à chercher un emploi ?**

Oui, positivement     Oui, négativement     Non, aucun impact

## C. Effets secondaires des traitements

**17. Avez-vous déjà ressenti des effets secondaires indésirables (ESI)<sup>6</sup> liés à votre traitement épileptique ?**

Oui       Non (*Si non, passez à la section E « Commentaires et Recommandations »*)

**18. Parmi les ESI suivants, évaluez leur impact sur vos activités de vie quotidiennes (AVQ)<sup>7</sup> au cours des 6 derniers mois.**

**0** = Je ne souffre pas de cet ESI, il n'a aucun impact sur la réalisation de mes AVQ.

**+** = Je souffre de cet ESI mais il ne m'empêche pas de réaliser mes AVQ.

**++** = Je souffre de cet ESI et il me gêne dans la réalisation de mes AVQ.

**+++** = Cet ESI est très contraignant et m'empêche de réaliser mes AVQ.

ESI	0	+	++	+++
Fatigue excessive				
Problèmes de mémoire				
Troubles de la concentration				
Troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, dépression)				
Vertiges				
Troubles de l'endormissement et du sommeil				
Maux de tête				
Troubles digestifs				
Prise de poids				

<sup>6</sup> Les **effets secondaires indésirables** (ESI) sont des symptômes ou des réactions non souhaités qui apparaissent en lien avec la prise du traitement antiépileptique.

<sup>7</sup> Les **activités de vie quotidienne** (AVQ) sont les activités et les tâches qu'une personne est amenée à faire dans sa vie quotidienne. Elles couvrent un large spectre, et englobent trois grands domaines : les soins personnels, les loisirs et l'activité professionnelle.

18.1. Si vous souffrez d'autres ESI, précisez-les ainsi que leur impact sur la réalisation de vos AVQ.

ESI	+	++	+++

**19. Certains de ces ESI ont-ils demandé une prise en charge supplémentaire tels qu'un avis médical urgent, une hospitalisation ou des examens complémentaires ?**

Oui  Non

19.1. Si oui, précisez en cochant la case correspondante.

ESI	Avis médical urgent	Hospitalisation	Examens complémentaires
Fatigue excessive			
Problèmes de mémoire			
Troubles de la concentration			
Troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, dépression)			
Vertiges			
Troubles de l'endormissement et du sommeil			
Maux de tête			
Troubles digestifs			
Prise de poids			
Autre ESI :			

## D. Impact sur l'employabilité et l'emploi

**20.Jugez-vous que votre épilepsie affecte/a affecté votre capacité à obtenir un emploi ?**

Oui  Non

**21.Jugez-vous que votre épilepsie affecte/a affecté votre capacité à maintenir un emploi ?**

Oui  Non

**22.Jugez-vous que vos effets secondaires indésirables (ESI) affectent/ont affecté votre capacité à obtenir un emploi ?**

Oui  Non

**23.Jugez-vous que vos ESI affectent/ont affecté votre capacité à maintenir un emploi ?**

Oui  Non

**24.Avez-vous déjà été contraint d'arrêter votre activité professionnelle de manière temporaire en raison de l'impact de vos ESI sur votre travail ?**

Oui  Non

24.1. Si oui, combien de jours au cours des 12 derniers mois ?

< 7 jours     < 15 jours     < 30 jours     30 jours et plus

**25.Avez-vous été contraint de réduire votre temps de travail hebdomadaire ?**

Oui  Non

**26.Votre employeur a-t-il mis en place des aménagements spécifiques<sup>8</sup> en raison de vos ESI ?**

Oui  Non

---

<sup>8</sup> On entend par **aménagements spécifiques** tout ajustements ou modifications apportés à votre environnement de travail, pour répondre à vos besoins particuliers en raison des effets secondaires liés à un traitement. Ces aménagements peuvent inclure, par exemple, des horaires de travail plus flexibles, des pauses supplémentaires, des adaptations de certaines tâches, ou des équipements spécialisés. L'objectif est de faciliter votre participation et d'améliorer votre confort dans ces environnements malgré les difficultés que vous pourriez rencontrer.

26.1. Si oui, citez-les :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

27. L'AVIQ est-elle intervenue pour la mise en place de ces aménagements spécifiques ?

Oui       Non

#### E. Commentaires et recommandations

28. Avez-vous des suggestions ou des commentaires concernant cette étude, votre traitement ou l'impact de l'épilepsie sur votre travail ?

---

---

---

---

---

Nous vous remercions pour votre participation.

8.10. Annexe 10 : Accord du comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Liège

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 18 avril 2025

Monsieur le Prof. P. MAQUET  
Monsieur le Prof. O. BODART  
Service de NEUROLOGIE  
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000038 ; Notre réf: 2025/213

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"Mesure de l'impact des effets secondaires des médicaments antiépileptiques sur la capacité d'obtention et de maintien d'une activité professionnelle des adultes épileptiques en Belgique."**  
Protocole : Version 1.2

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agrérer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. LEDOUX'.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

## Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 18 avril 2025

Monsieur le **Prof. P. MAQUET**  
Monsieur le **Prof. O. BODART**  
Service de **NEUROLOGIE**  
**CHU**

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"Mesure de l'impact des effets secondaires des médicaments antiépileptiques sur la capacité d'obtention et de maintien d'une activité professionnelle des adultes épileptiques en Belgique."**

Protocole : Version 1.2

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettrez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr :* 2025 / 213  
Nr EudraCT : B7072025000038

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)**

**Approbation d'une demande d'étude clinique**  
*Approval form for a clinical trial*

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data :*

Protocole, Titre, *Title*

**Mesure de l'impact des effets secondaires des médicaments antiépileptiques sur la capacité d'obtention et de maintien d'une activité professionnelle des adultes épileptiques en Belgique.**

Numéro d'étude, *Study Number* : **Version 1.2**

Nr EudraCT ou Nr belge: **B7072025000038**

Promoteur, *Promoter*:

**ULIEGE**

Date du protocole, *Protocol date* : **10/03/2025**

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et consentement (en Français) <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>	07/04/2025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	09/04/2025	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre Dossier nr : *Our File nr : 2025 / 213*

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)  
*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

Mesure de l'impact des effets secondaires des médicaments antiépileptiques sur la capacité d'obtention et de maintien d'une activité professionnelle des adultes épileptiques en Belgique.

Service de : NEUROLOGIE  
Clinical unit

Chef de Service : Prof. P. MAQUET  
*Director of the clinical unit*

Expérimentateur principal : Prof. O. BODART  
*Principal investigator*

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :  
*By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :*

Oui/Yes Non/No

estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

Signature  
*Signature*

Nom : Prof. D. LEDOUX Président  
*Printed name :*

Date, Date :

18/04/2025

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
*This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur <b>Didier LEDOUX</b> Intensiviste, CHU	<b>Président</b>
Monsieur le Docteur <b>Etienne BAUDOUX</b> Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	<b>Vice-Président</b>
Monsieur le Docteur <b>Guy DAENEN</b> Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	<b>Vice-Président</b>
Monsieur le Professeur <b>Pierre FIRKET</b> Généraliste, membre extérieur au CHU	<b>Vice-Président</b>
Monsieur <b>Resmi AGIRMAN</b> Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Viviane DESSOUREUX</b> / Monsieur <b>Pascal GRILLI</b> (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame <b>Régine HARDY</b> / Madame la Professeure <b>Adélaïde BLAVIER</b> (suppléante) Psychologue, CHU	Psychologue, membre extérieure au CHU
Madame <b>Isabelle HERMANS</b> Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Maurice LAMY</b> Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure <b>Marie-Paule LECART</b> Rhumato-gériatre, CHU	
Madame <b>Marie LIEBEN</b> Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Patricia MODANESE</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure <b>Anne-Simone PARENT</b> Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Marc RADERMECKER</b> Chirurgien, CHU	
Monsieur <b>Stéphane ROBIDA</b> Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Isabelle ROLAND</b> / Monsieur le Professeur <b>Vincent SEUTIN</b> (suppléant) Pharmacien, CHU	Pharmacologue, ULiège
Madame la Docteure <b>Lillya ROSTOMYAN</b> Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure <b>Isabelle RUTTEN</b> Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Cécile THIRION</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	

8.11. Annexe 11 : Engagement de non-plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom : PIELAET Audrey  
Matricule étudiant : S226269

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 15 août 2025

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Audrey PIELAET".