

**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 : Pielael, 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)

Variables	Catégories	n(%)
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)

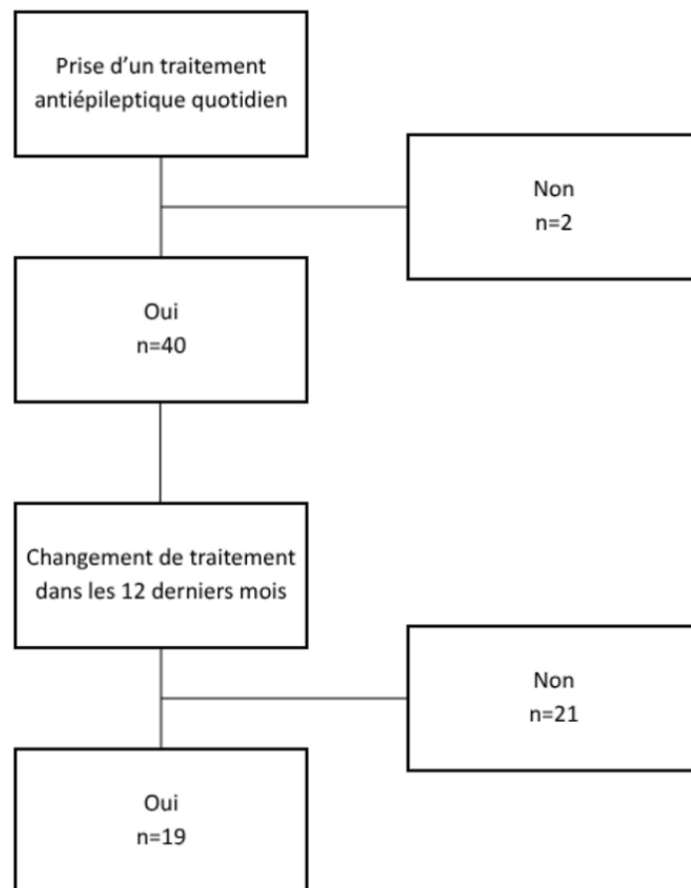
Variables	Catégories	n(%)
Occupe un emploi actuellement	Oui	34 (80.95)
	Non	8 (19.05)
<i>Patients qui occupent un emploi (n=34)</i>		
Domaine d'activité	Santé et Social	9 (26.47)
	Technique et logistique	5 (14.71)
	Commerce / Arts / Loisirs	4 (11.76)
	Droit et Finance	4 (11.76)
	Eneignement et Recherche	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)
<i>Patients au chômage (n=8)</i>		
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

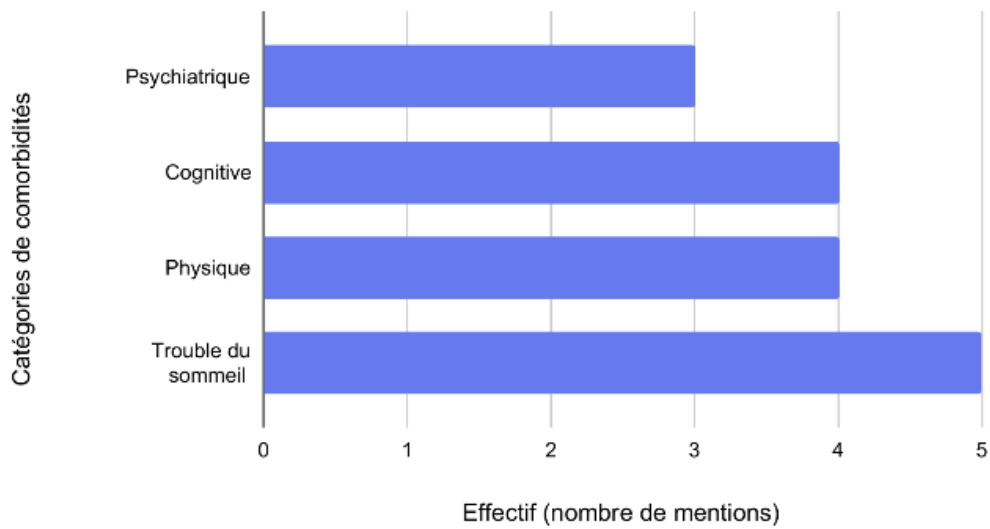
	Âge d'apparition de l'épilepsie (années) 20,45 ± 10,32 (n=42)	
	<i>rho (a)</i>	<i>p-value (a)</i>
Âge des participants (années) 37,81 ± 11,54 (n=42)	0.3180639	0.0401*
Temps de traitement pour l'épilepsie (années) 16,10 ± 10,71 (n=40)	-0.3174774	0.0489*

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

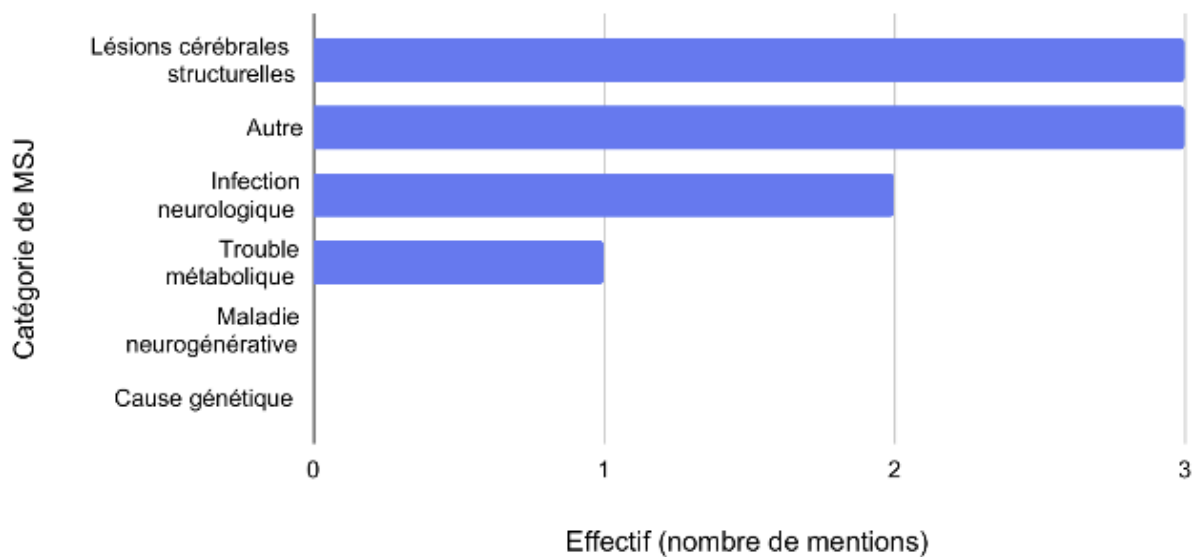
8.4. Annexe 4 : Diagramme de flux illustrant la prise d'un traitement antiépileptique quotidien et les changements survenus dans les 12 derniers mois



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

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 indésirables¹ 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

¹ 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 aura² ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	--

13. Avez-vous des comorbidités³ ? 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

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

³ 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)⁴ 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 stigmatisation⁵ en raison de votre épilepsie ?

Oui, souvent Oui, parfois Non, jamais

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

⁴ 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.

⁵ 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)⁶ 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)⁷ 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				

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

⁷ Les **activités de vie quotidiennes** (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 :			
Autre ESI :			
Autre ESI :			
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 spécifiques⁸ en raison de vos ESI ?

Oui Non

⁸ 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

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’agréer, Cher Collègue, l’expression de mes sentiments les meilleurs,

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
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^{er} 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 transmettez 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 LIÈGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIÈGE

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

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

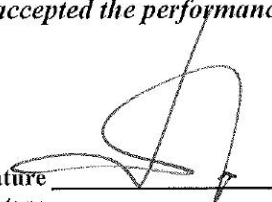
Expérimentateur principal : Prof. O. BODART
Principal investigator

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