

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Estimation de la consommation et
des dépenses de soins de santé des sujets sarcopéniques en comparaison aux
non-sarcopéniques. Données de l'étude SarcoPhAge**

Auteur : Vereecke, Pauline

Promoteur(s) : Beaudart, Charlotte; Ethgen, Olivier

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions
de soins

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5319>

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.

Table des annexes

Annexe I.....	3
Annexe II.....	13
Annexe III.....	17

QUESTIONNAIRES
Consommation de soins de santé

Etude sur le muscle, Polyclinique Universitaire Lucien Brull, Liège

(contact : Charlotte BEAUDART, Médéa LOCQUET : 04/3662519)

Merci de compléter les 2 questionnaires ci-dessous (cela vous prendra environ 10 minutes).

Nom :

Prénom :

Adresse e-mail :

I. Médicaments consommés

Nom complet	Dose	Quantité par jour, par semaine ou par mois	Durée	Le médicament a-t-il été prescrit par votre médecin ou l'avez acheté en vente libre ?
<i>Exemple : L-thyroxine</i>	25 µg	2 fois par jour	<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis 3 mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre

II. Vitamines et compléments alimentaires consommés

Nom complet	Dose	Quantité par jour, par semaine ou par mois	Durée	Le produit a-t-il été prescrit par votre médecin ou l'avez acheté en vente libre ?
Exemple : D-cure	25 000 UI	2 fois par mois	<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis...mois <input checked="" type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input checked="" type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> Prescrit par le médecin <input type="checkbox"/> En vente libre

III. Produits d'homéopathie et de phytothérapie consommés

Nom complet	Dose	Quantité par jour, par semaine ou par mois	Durée
Exemple : Arnica Montana BOIRON	1 granule	3 fois par jour	<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis...mois <input checked="" type="checkbox"/> Depuis plus d'un an
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an
			<input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an Si oui, depuis... mois <input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an

IV. Evaluation de la consommation de soins de santé**STATUT VIS-A-VIS DE L'ORGANISME ASSUREUR****1. Quel est votre statut vis-à-vis de votre organisme assureur (mutuelle) ?**

- ☐ Assuré ordinaire ☐ Assuré préférentiel (BIM (ex-VIPO)/OMNIO)

CONSULTATIONS MEDICALES**2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté :****a. un médecin généraliste ?**

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

b. un rhumatologue ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

c. un endocrinologue ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

d. un cardiologue ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

e. un gastro-entérologue ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

f. un pneumologue ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

g. un radiologue ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

h. un kinésithérapeute ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de séance(s) :séance(s) au cours des 12 derniers mois.

i. un psychiatre ?

- ☐ Non
☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

j. un oncologue ?

☐ Non☐ Oui, préciser le nombre de fois :fois au cours des 12 derniers mois.

k. un ergothérapeute ?

☐ Non☐ Oui, préciser le nombre de séance(s) : ...séance(s) au cours des 12 derniers mois.

Si, au cours des 12 derniers mois, vous avez consulté **un autre médecin ou spécialiste de la santé que ceux cités ci-dessus**, veuillez compléter le tableau, comme indiqué dans l'exemple :

Spécialité du médecin <i>Exemple : Acupuncteur</i>	Nombre de consultations <i>Exemple : 2 fois</i>
1.	
2.	
3.	
4.	

HOSPITALISATIONS

3. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été hospitalisé dans :a. un service de **médecine interne** (cardiologie, pneumologie,...) ?☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

b. un service d'**Urgences** ?☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

c. un service de **gériatrie** ?☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

d. un centre de revalidation ?

☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

e. un service de chirurgie (cardiaque, orthopédique,...) ?

☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

f. un service de soins intensifs ?

☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

g. un service d'oncologie ?

☐ Non☐ Oui,

Préciser le nombre de fois :fois

Pendant combien de jour(s) avez-vous été hospitalisé ?.....jour(s)

Si, au cours des 12 derniers mois, vous avez été hospitalisé dans un autre service que ceux cités ci-dessus, veuillez compléter le tableau, comme indiqué dans l'exemple :

Nom du service <i>Exemple : Radiologie</i>	Nombre de fois <i>Exemple : 1 fois</i>	Nombre de jours <i>Exemple : 2 jours</i>
1.		
2.		
3.		
4.		

EXAMENS MEDICAUX

4. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous réalisé :

a. une prise de sang ?

☐ Non

☐ Oui, veuillez préciser le nombre de fois :fois

b. une radiographie ?

☐ Non

☐ Oui, veuillez préciser le nombre de fois :fois

c. une échographie ?

☐ Non

☐ Oui, veuillez préciser le nombre de fois :fois

b. un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ?

☐ Non

☐ Oui, veuillez préciser le nombre de fois :fois

d. une scintigraphie ?

☐ Non

☐ Oui, veuillez préciser le nombre de fois :fois

e. un scanner ?

☐ Non

☐ Oui, veuillez préciser le nombre de fois :fois

Si, au cours des 12 derniers mois, vous avez vous avez réalisé **un autre type d'examen médical**, veuillez compléter le tableau ci-dessous, comme indiqué dans l'exemple :

Type d'examen <i>Exemple : Densitométrie osseuse</i>	Nombre de fois <i>Exemple : 1 fois</i>
1.	
2.	
3.	
4.	

SOINS INFORMELS

5. Au cours des 12 derniers mois et en raison de votre état de santé, un de vos **proches** (conjoint, enfant,...) a-t-il été obligé de **s'absenter du travail** pour vous venir en aide (ex : pour le ménage, les courses, la préparation des repas, ...) ou pour vous accompagner à une visite chez le médecin ?

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI,

Combien de jour(s), sur l'année, a-t-il été obligé de **s'absenter du travail** ? jours

6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait appel à un ou plusieurs de ces services d'aide à domicile ?

a. **Femme de ménage ?**

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI,

Combien de fois par mois ?

Faites-vous appel à (*cocher la case appropriée*) :

- ☐ une entreprise privée ?
☐ un service public d'aide à domicile (CPAS,...) ?
☐ un service proposé par votre organisme assureur (mutuelle) ?

b. **Aide pour la toilette :**

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI,

Combien de fois par mois ?

Faites-vous appel à (*cocher la case appropriée*) :

- ☐ une entreprise privée ?
☐ un service public d'aide à domicile (CPAS,...) ?
☐ un service proposé par votre organisme assureur (mutuelle) ?

c. Aide pour les courses :

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI,

Combien de fois par mois ?

Faites-vous appel à (*cocher la case appropriée*) :

- ☐ une entreprise privée ?
☐ un service public d'aide à domicile (CPAS,...) ?
☐ un service proposé par votre organisme assureur (mutuelle) ?

d. Livraison de repas :

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI,

Combien de fois par mois ?

Faites-vous appel à (*cocher la case appropriée*) :

- ☐ une entreprise privée ?
☐ un service public d'aide à domicile (CPAS,...) ?
☐ un service proposé par votre organisme assureur (mutuelle) ?

e. Transport vers l'hôpital :

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI,

Combien de fois au cours des 12 derniers mois ?

Faites-vous appel à (*cocher la case appropriée*) :

- ☐ une entreprise privée ?
☐ un service public d'aide à domicile (CPAS,...) ?
☐ un service proposé par votre organisme assureur (mutuelle) ?

Si, au cours des 12 derniers mois, vous avez fait appel à d'autres services d'aide à domicile, veuillez compléter le tableau ci-dessous, comme indiqué dans l'exemple :

Type de service <i>Exemple : Adaptation de mon logement par des ergothérapeutes</i>	Nombre de fois par mois <i>Exemple : 2 fois</i>	Type de service <i>Exemple : entreprise privée</i>
1.		<input type="radio"/> entreprise privée <input type="radio"/> service public <input type="radio"/> service proposé par l'organisme assureur
2.		<input type="radio"/> entreprise privée <input type="radio"/> service public <input type="radio"/> service proposé par l'organisme assureur
3.		<input type="radio"/> entreprise privée <input type="radio"/> service public <input type="radio"/> service proposé par l'organisme assureur
4.		<input type="radio"/> entreprise privée <input type="radio"/> service public <input type="radio"/> service proposé par l'organisme assureur

7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu d'autres dépenses directement imputables à votre état de santé ?

- ☐ Non
☐ Oui

Si OUI, expliquer :

.....

.....

.....

Annexe II

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à dssp@ulg.ac.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Pauline Vereecke pvereecke@student.ulg.ac.be

2. Finalité spécialisée : GIES

3. Année académique : 2017-2018

4. Titre du mémoire :

Comparaison de la consommation de soins de santé entre les patients atteints de sarcopénie et ceux qui ne le sont pas, dans une population âgée de la région de Liège.

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Charlotte BEAUDART, M.Sc., M. Ph, PhD, c.beaudart@ulg.ac.be, Ulg

b. Oliver Ethgen, M.Sc, PhD o.ethgen@ulg.ac.be, Ulg

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Comparer la consommation en soins de santé des personnes de plus de 65 ans atteints de sarcopénie à celle des personnes non-sarcopéniques. Illustrer le résultat en terme de coût tant pour le patient que pour la société.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, ...)

Ce travail de fin d'étude entre dans le cadre de l'étude SarcoPhAge (Sarcopenia and Physical impairment with advancing Age) menée par le département de santé publique, Epidémiologie et Economie de la Santé de l'Université de Liège depuis juin 2013. Il s'agit d'une cohorte prospective sur 5 ans dont le but principal est de recueillir un ensemble de données scientifiques permettant d'évaluer l'incidence de la sarcopénie, la relation entre ce syndrome et une grande quantité de données socio-démographiques et physiques afin de déterminer les facteurs prédictifs et les conséquences de la pathologie. La sarcopénie représente un grand challenge pour la santé publique car elle engendre des conséquences néfastes pour la santé des personnes âgées telles qu'une augmentation du risque de chute, des fractures, d'hospitalisation et même de décès.

L'étude SarcoPhAge a reçu en janvier 2013 l'accord du comité d'éthique hospitalo-facultaire Universitaire de Liège (annexe I).

L'échantillon a été réalisé au début de l'étude SarcoPhAge par la méthode non probabiliste au volontaire. Les sujets ont été recrutés à l'hôpital Brull de Liège et par une annonce parue dans la presse. Les volontaires de moins de 65 ans, ceux ayant subi une amputation ou ceux avec un IMC supérieur à 50kg/m² ont été exclus. L'échantillon comportait 534 patients après la phase de recrutement. La récolte des données sur la consommation des soins de santé est spécifique à la troisième année de suivi (T3) de cette étude et nous comptons à ce moment 255 répondants.

Il n'y a actuellement que deux analyses de coûts de soins de santé liés à la sarcopénie. Les données recueillies dans cette année de suivi pourraient apporter des données scientifiques supplémentaires sur cet aspect encore peu exploré de la sarcopénie.

Tous les participants ont reçu par la poste un questionnaire, élaboré par l'équipe de chercheurs de SarcoPhAge en collaboration avec plusieurs experts (en gériatrie, en épidémiologie et en économie de la santé notamment), dans lequel il leur était demandé de répertorier pour l'année écoulée :

- Les médicaments consommés (dosage, fréquence et durée de prise) ainsi que les vitamines, compléments alimentaires, les substances homéopathiques ou phytothérapeutiques.
- L'évaluation de la consommation de soins de santé :
 - Les consultations médicales (selon les différents spécialistes)
 - Les hospitalisations
 - Les examens médicaux
 - Les aides informelles telles que les aides pour le ménage, pour les repas, pour la toilette, ...

Toutes les questions sont semi-fermées, c'est-à-dire qu'il y a des propositions de réponse et toujours un espace libre où la personne peut ajouter des réponses qui n'auraient pas été proposées.

Les participants de l'étude rendent leur questionnaire lors de leur rendez-vous annuel pour le dépistage de la sarcopénie prévu dans l'étude SarcoPhAge.

Lorsqu'il y a des manques dans les questionnaires, les participants sont contactés par téléphone afin de compléter celui-ci.

Le coût des soins de santé sera estimé tant pour le patient, en fonction de son statut d'assuré, pour les Organismes Assureurs et que pour la société (coût global). Le prix des médicaments est pris sur le site du répertoire commenté des médicaments. Le prix des consultations médicales est celui référencé par l'INAMI et un travail de recherche permettra d'évaluer les coûts des hospitalisations et des examens médicaux. Vu que nous n'avons pas le coût réel de tous les soins de santé, nous ne pouvons pas parler d'une analyse de coûts à part entière. Les données des patients sarcopéniques seront comparées aux données des patients non-sarcopéniques grâce à une analyse statistique.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux, ...) ? Non

7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins, ...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- ☐ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 03/10/2017 Nom et signature du promoteur :



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



Sart Tilman, le 08/01/2013

Monsieur le **Prof. J. Y. REGINSTER**
Mme C. BEAUDART
Service de **EPIDEMIOLOGIE ET ECONOMIE DE LA**
SANTE
CHU B23

Concerne: Votre demande d’avis au Comité d’Ethique
Nr EudraCT ou Nr belge : B707201316147; Notre réf: 2012/277

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 :

"Evaluation de l’impact de la sarcopénie sur l’état de dépendance. Une cohorte prospective de 5 ans. "

Protocole : **SPEES/CB/SARC02**

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. G. RORIVE
Vice-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. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN, Vice-Président : Professeur G. RORIVE
Secrétaire exécutif : Professeur L. DELATTRE
Secrétaire administratif : H. MASSET Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41
Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur : <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe III

Madame,
Monsieur,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous informe qu'il n'est pas nécessaire de soumettre votre protocole d'étude à un Comité d'éthique avant de démarrer la collecte des données de votre mémoire.

Bonne continuation.

Bien à vous,

Le Collège restreint des Enseignants

Fatiha HALABI
Coordinatrice pédagogique
Master en sciences de la Santé publique
Bureau pédagogique de la Faculté de Médecine
CHU Bâtiment B23 niveau 0
Quartier Hôpital
Avenue Hippocrate 13
4000 Liège
Tel : 04/366 25 04