ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) MENERET Aurélie.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées).....
Praticien hospitalier en neurologie à la Pitié-Salpêtrière, AP-HP.....
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....
.....
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10100575025.

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 14/01/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☐ **Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
AP-HP	Pitié-Salpêtrière	PH	neurologie	2018	NA

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Abbvie	Journées du Parkinson avancé	Collaboration multi-disciplinaire dans la maladie de Parkinson	○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1000€	2021	2021
Abbvie	Réunion des infirmières de pratique avancées	Fluctuations motrices et non motrices dans la maladie de Parkinson	○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	800€	2021	2021
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Caféine et antagonistes de l'A2AR dans les dyskinésies liées aux mutations ADCY5	AP-HP	○ Oui X Non	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		2019	
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

x **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Marelli Cecilia .....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent de CHU Gui de Chauliac , Montpellier : (préciser les fonctions occupées) Praticien Hospitalier temps complet .....
.....
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé).....
.....
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) .....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 26/02/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
CHU Montpellier		PH	Neurologie	FEvrier 2013	

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Chloé ANGELINI

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent du CHU de Bordeaux : docteur junior en génétique médicale.....

.....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....

.....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....

.....

☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10101480993

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 01/02/2021

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
CHU de Bordeaux	Place amélie raba Léon 33076 bordeaux cedex	interne	Génétique médicale	01/11/2017	

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

x **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Chloé Laureau

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) .....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....

☒ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) PNDS NBIA

☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10100673614

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 27/01/22

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☒ **Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
hospices civils de lyon	59 bd Pinel 69003 Lyon	praticien hospitalier	neurologie	11/2014	en cours.

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☑ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

☑ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☑ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

☑ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

☑ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☑ **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☑ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e).....Christian.....MAGNET.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées).....
.....
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....
.....
☒ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) Filière de Santé Maladies Rares BRAIN TEAM - Relecture du Protocole National de Diagnostic et de Soins NBIA.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 12/01/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☐ **Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
CEBIPHAR	1 rue de la Bodinière - 37230 Fondettes	Directeur Général	Développement et contrôle Pharmaceutique	janv 1990	Août 2017

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☒ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Administrateur Association ADMR Les Maisonnées	37190 Azay-le-Rideau	2007	en cours
Administrateur Association BPAN France - Vice-Président.	01800 Le Montellier	juin 2019	en cours

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☒ **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	Activités (le cas échéant)			Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Dr Claire EWENCZYK.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

X d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) APHP, praticien hospitalier neurologue.....
.....
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....
.....
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10004401963

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date :

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Hôpital Pitié Salpetrière, APHP	47 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris	Praticien hospitalier	Neurologue	06/2014	

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Cyril Goizet

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, **les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, la commission, le conseil, le groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.**

Je renseigne cette déclaration en qualité :

☒ d'agent de : CR MR Neurogénétique, CHU et Université Bordeaux

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail : .....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à .....

☐ autre : préciser.....

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Activité salariée**
Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Université Bordeaux CHU Bordeaux	146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex 12 rue Dubernat, 33404 Bordeaux cedex	PU-PH	01/09/2010	

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Activité salariée**
Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
SANOFI GENZYME	Consultant	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	15/06/2016	En cours
BIOMARIN	Consultant, orateur	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/05/2021	27/05/2021
BIOMARIN	Consultant, orateur	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/02/2017	19/01/2018
SANTHERA	Consultant	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/04/2015	30/04/2015

AMICUS THERAPEUTICS	Consultant	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …	30/05/2017	31/12/2019
CHIESI	orateur	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	30/09/2021	17/11/2021
CHIESI	Consultant	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	30/04/2018	15/06/2018
OVERLORD PHARMACEUTICALS SAS	Consultant	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	24/06/2019	31/12/2019

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou pré-cliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
BIOMARIN	« Natural history of atypical Morquio A disease: a 5-years prospective study in a series of 9 adult patients followed in a single expert center »	Maladie de Morquio A	Type d'étude : X Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	03/2018	En cours
Association Strumpell-Lorrain	«Screening of a FDA-approved drug library on SPG31 yeast model and validation of beneficial effects on SPG31 patients fibroblasts	Paraplégie spastique type 31	Type d'étude : X Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = Université Bordeaux	01/2018	05/2019
SANOFI GENZYME	« DOUFABIS - Recherche de la maladie de Fabry en population consultante pour une douleur chronique»	maladie de Fabry	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal X Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	2014	En cours
PHRC national	Intervention métabolique par resvératrol chez des patients atteints de la maladie de Huntington	maladie de Huntington	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	2015	2020

PHRC National 2016	Etude multicentrique, randomisée en double aveugle, contrôlée versus placebo évaluant l'efficacité du RILuzole dans l'ATaxie spinocérébelleuse de type 2 SCA2	Ataxie dominante de type SCA2	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	2017	En cours
CHDI	ENROLL-HD Réseau International de la Maladie de Huntington	Maladie de Huntington	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	03/2018	En cours
PHRC National 2015	Is Caffeine an Environmental Modifier in Huntington's Disease? – Etude CrEAM-HD	Maladie De Huntington	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	06/2018	En cours
PHRC Inter Régional 2016	DIagnostic Anté-natal sur Cellules foetales trophoblastiques CIrculantes (CFTC) de Maladies à EXpansions de triplets à partir de sang maternel – Etude DIACCIMEX	Maladies par amplification de triplets	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	06/2018	2020
APITHEM 2019	Apport du séquençage haut-débit de nouvelle génération de type Oxford Nanopore dans la stratégie diagnostique des maladies neurogénétiques	Maladies par amplification de nucléotides	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal X Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	06/2020	En cours
ABM 2019	Diagnostic des NBIA : analyse de l'hétérogénéité génétique et validation de marqueurs mitochondriaux de pathogénicité des variants	NBIA	Type d'étude : X Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	06/2020	En cours

Autour du BPAN/FRM 2019	Utilisation de la levure pour le repositionnement de molécules a visée thérapeutique dans le BPAN et l'analyse de variants WDR45	NBIA	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = Université Bordeaux	01/2020	En cours
PHRIP 2018	Caractérisation et quantification des troubles de la parole dans la Maladie de Huntington : identification de marqueurs acoustiques – Etude THPM	Maladie de Huntington	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) = CHU Bordeaux	05/2020	En cours

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplace-ment	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
SANOFI GENZYME	Ateliers interniste MR SFNMI, Paris	une maladie lysosomale peut en cacher une autre Fabrazyme®	○ oui	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… …	04/2021	12/2021
SPRINGER	Rédaction d'une newsletter	Progrès thérapeutiques dans les maladies génétiques	○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… …	03/2020	07/2020
OTSUKA PHARMACEUTICAL FRANCE SAS	Ateliers pédagogiques NephrOClass, Marseille,	Conseil génétique et bioéthique Pas de produits cités	○ Oui ○	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… …	09/2019	09/2019

BIOGEN FRANCE SAS	28ème Congrès de la Société Française de Neuropédatrie, Bordeaux,	Modération de l'atelier Biogen « Nusinersen : des essais cliniques à la vraie vie », Produit = nusinersen	○ Non	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… …	02/2018	02/2018
TEVA Laboratoires	EPU TEVA Bayonne	Actualités en Neurogénétique Pas de produit	○ Oui ○	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	12/2016	12/2016
AMICUS	2èmes Journées d'Innovation et d'Expertise dans la maladie de Fabry (JINEF), Paris,	Dans quelle mesure l'arrivée des nouvelles molécules permet-elle de répondre à ces défis ? La place du chaperon pharmacologique : à propos d'un cas clinique. Produit = Galafold	○ Oui ○	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	05/2019	05/2019
SHIRE FRANCE	Les Journées Pratiques de la Maladie de Fabry du Sud-Ouest, Bordeaux,	Prise en charge de la douleur chez les patients atteints de la maladie de Fabry. Produits : prégabaline, antidépresseurs serotoninergiques benzodiazepines, replagal, fabrazyme	○ Non	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… …	03/2017	04/2017

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……		

3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage…
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur	%*	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
CHU Bordeaux, recherche clinique, Projet « DOUFABIS »	Laboratoire Sanofi Genzyme	100	01/2014	En cours
CHU Bordeaux, recherche clinique, projet "Natural history of atypical Morquio A disease: a 5-years prospective study in a series of 9 adult patients followed in a single expert center"	Laboratoire Biomarin	100	05/2017	En cours

(*) % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu.
(Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration)

Structure concernée	Type d'investissement (*)

(*) % de l'investissement dans le capital de la structure

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- *le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants de ce dernier*
- *les enfants*
- *les parents (père et mère)*

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :

	Salariat	**Actionnariat**			
Organisme	Fonction et position dans la structure *(indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)*	Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme, objet de la déclaration

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration ».

Fait à Bordeaux.....

Le 07/01/2022.....

Signature obligatoire
(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de …….. L'…… est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'……...

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : ……..

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné David Devos

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

X d'agent de **l'université de Lille / CHU de Lille : PU PH de Pharmacologie, Neurologue** .....
.....
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....
.....
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : **10002296704**

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 07 Janvier 2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Université de Lille /CHU de Lille	Place de Verdun Pole recherche Faculté de Médecine de Lille	PUPH	Pharmacologie Neurologie		

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Dorothée Ville.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☒ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées)praticien hospitalier service de neuropédiatrie, Hopital Femme Mère Enfant CHU lyon 59 boulevard Pinel 69500 Bron .....

.....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé).....

.....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) .....

.....

☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10003739280

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 28 01 2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☒ **Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Hospices civils de lyon		Praticien hospitalier neuropédiatrie	neuropédiatre	02/05/2005	

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit...	Structure qui met à disposition le brevet, produit...	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☒ **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)**
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	- Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

Signature non rendue publique

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Gaëtan LESCA

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

X d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) PU-PH en génétique médicale, Hospices Civils de Lyon

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....
.....
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 07/01/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Université Claude Bernard Lyon 1		PU-PH	Génétique médicale	2008	-
Hospices Civils de Lyon		PU-PH	Génétique Médicale	2008	-

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) ***Isabelle Coste***

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) .....

.....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé).....

.....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) .....

.....

☒ autre : (préciser) ***Présidente de l'association Autour du BPAN***

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : ***le 15 mars 2022***

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☐ **Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☒**Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Présidente et Bénévole de l'Association Autour du BPAN	**1610, chemin des Granges 42155 Ouches**	**16 juillet 2018**	**/**

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☒ **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Lydie Burglen.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

X d'agent de [nom de l'institution] : PH, Hôpital Trousseau, APHP.Sorbonne Université.

X de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : comité de Lecture du PNDS NBIA.

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) .....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10000593219

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 08/01/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

XActivité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
APHP, Hôpital Trousseau		PH	Génétique Médicale	1999	

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Marie-Aude SPITZ .....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) Praticien Hospitalier Hôpitaux Universitaires de Strasbourg .....

.....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....

.....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) .....

.....

☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10100410538

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 17/02/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

xActivité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Avenue Molière 67098 STRASBOURG Cedex	Praticien Hospitalier	Pédiatrie	07/2018	
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Avenue Molière 67098 STRASBOURG Cedex	Praticien Contractuel	Pédiatrie	02/2018	06/2018

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Avenue Molière 67098 STRASBOURG Cedex	CCA	Pédiatrie	11/2013	10/2017

X Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Pédiatre remplaçante	Strasbourg Obernai	Pédiatrie	11/2017	02/2018

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
ANSM	Membre CSP Pédiatrie		☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	263,01 euros	12/07/2019	
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
UCB		Étude d'extension pour évaluer l'efficacité et la tolérance du lacosamide comme traitement adjuvant chez les enfants avec épilepsie partielle	<u>Type d'étude</u> : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle</u> : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …Hôpitaux Universitaires deStrasbourg …… …… ……	Je ne sais pas	11/2016	

HOSPICES CIVILS DE LYON		Efficacité de la supplémentation en acides gras polyinsaturés n-3, enrichis en vecteur phosphatidylserine, dans le traitement des troubles attentionnels associés aux épilepsies chez l'enfant.	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		06/2016	07/2018
BIOGEN		Etude en ouvert, randomisée, multicentrique évaluant l'efficacité et la tolérance du BG00012 dans la sclérose en plaques rémittente chez les enfants de 10 à 18 ans	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	07/2014	
ZOGENIX		ZX008-1504	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	11/2016	10/2017

CHU NANTES		Etude visant à arrêter l'eculizimab chez les patients avec syndrome hémolytique urémique atypique	<u>Type d'étude</u> : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle</u> : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… ……		06/2017	
PTC THERAPEUTICS		Etude observationnelle à long terme sur l'efficacité et tolérance du Translarna chez les patients avec Dystrophie de Duchenne	<u>Type d'étude</u> : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle</u> : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	12/2016	
ROCHE		Etude randomisée, contre placebo, en double aveugle pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement BMS-986089 chez les patients avec dystrophie de Duchenne ambulants	<u>Type d'étude</u> : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle</u> : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	02/2018	

SANOFI		Etude multicentrique en ouvert pour évaluer l'efficacité et la tolérance de l'Alemtuzumab chez les enfants dans la sclérose en plaques rémittente avec maladie active sous traitement antérieur	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ☐ .....Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	12/2017	
AP-HP		Décroissance thérapeutique dans l'arthrite juvénile idiopathique oligo-articulaire ou poly-articulaire inactive sous biothérapie	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		02/2018	
NOVARTIS		CRAD001M2304 (EXIST 3) Everolimus	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) .....Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	10/2013	02/2018

PFIZER		Etude multicentrique en double aveugle visant à évaluer l'efficacité et la tolérance de la prégabaline en traitement adjuvant chez les enfants de 1 mois à 4 ans avec crises d'épilepsie partielles	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	09/2017	06/2018
ROCHE		Etude multicentrique, en ouvert, pour déterminer la dose de départ optimale de Mircera dans le traitement de l'anémie chez les patients avec insuffisance rénale chronique sous dyalise ou non	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	09/2018	
WAVE LIFE SCIENCES		WAVE - Dystance51 Phase 2/3. A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Efficacy and Safety Study of WVE-210201 (Suvodirsen) in Ambulatory Patients with Duchenne Muscular Dystrophy.	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	09/2019	

UMC UTRECHT		Corticoïdes ou clobazam dans le syndrome épileptique ESES : étude multicentrique randomisée européenne	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… ……		08/2017	
BRISTOL MYERS SQUIBB		Etude multicentrique en ouvert our évaluer la pharmacocinétiq ue, l'efficacité et la tolérance de l'Abatacept en SC dans les polyarthrites juvéniles idiopathiques chez l'enfant et l'adolescent	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	09/2013	
INSTITUT DE MYOLOGIE		Histoire naturelle des patients atteints d'amyotrophie spinale de type 2 et 3	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… ……		06/2015	03/2019

UCB		Etude multicentrique, randomisée, contre placebo, pour évaluer l'efficacité et la tolérance du Lacosamide en association chez les enfants de 1 mois à 4 ans avec épilepsie partielle	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	12/2015	
GW PHARMACEUTICALS		Etude d'extension pour évaluer l'efficacité et la tolérance du Cannabidiol chez les patients atteints de syndromes de Dravet et Lennox-Gastaut	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	09/2015	
CHU TOULOUSE		Validation de biomarqueurs de l'urine fœtale dans la prédiction du devenir rénal chez les enfants avec valves de l'urètre postérieur	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		02/2019	

NOVARTIS		Extension étude sur l'everolimus chez les patients avec Sclérose Tubéreuse de Bourneville et épilepsie réfractaire	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	09/2017	
UCB		SP848 Lacosamide	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	05/2014	07/2018
FIBROGEN		A phase 3, Randomized, Double-Blind, Trial of Pamrevlumab (FG-3019), or Placebo in Combination with systemic corticoids in subjects with Non-ambulatory Duchenne Muscular Dystrophy (DMD)	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...			

LILLY		Pediatric options of Migraine Relief : A randomized Double-Blind, Placebo-Controlled study of Lasmiditan for Acute Treatment of Migraine (phase 3)	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal X Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	03/2021	
PROVECA PHARMA LIMITED		efficacy and safety of Sialanar plus or AI rehabiLitation against placebo plus oral rehabilitation for chIldren and adolescents with seVere sialorrhoea and neurodisabilties	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	11/2021	
NOVARTIS		SMART : A Phase IIIb, open-label, single-arm, to evaluate the safety, tolerability and efficacy of gene replacement therapy with intravenous OAV101 in pediatric patients with spinal muscular atrophy	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	10/2021	

NOVARTIS		NEOS : A randomized, 3-arm, double-blind, non-inferiority study comparing the efficacy and safety of ofatumumab and siponimod versus fingolimod in pediatric patients with multiple sclerosis	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	09/2021	
PTC THERAPEUTICS INTERNATIONAL LIMITED		PTC-MA-AADC402 Prevalence of aromatic l-amino acid decarboxylase deficiency in cerebral palsy patients with unknown etiology	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal X Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	06/2021	
CHU DE MONTPELLIER		CARACTERISATION CLINIQUE ET ELECTROPHYSIOLOGIQUE DU TREMBLEMENT ESSENTIEL DE L 'ENFANT ET DE L 'ADOLESCENT	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal X Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		01/2021	

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG		Validation de l'algorithme RADIAL pour le diagnostic des ataxies cérébelleuses récessives	Type d'étude : X Etude monocentrique ☐Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… ……		06/2021	
PFIZER		Etude en ouvert pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la Pregabalin chez les enfants(1M-16A) avec épilepsie partielle et les patients de 5 à 65 ans avec épilepsie généralisée primaire	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	02/2014	07/2018
EISAI		Etude multicentrique en double aveugle évaluant l'efficacité et tolérance du perampanel chez les enfants de 4 à 12 ans avec crises d'épilepsie partielles (E2007-G000-311).	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …Hôpitaux Universitaires Strasbourg… …… ……	Je ne sais pas	06/2017	06/2018

BIOGEN		Étude visant à évaluer la tolérance et l'efficacité du BIIB017 (peginterféron bêta-1a ; PLEGRIDY®) chez des enfants âgés de 10 à 17 ans inclus avec sclérose en plaques récurrente-rémittente	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg...	Je ne sais pas	10/2019	
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG		Etude métabolique du syndrome de Cockayne	Type d'étude : X Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		02/2017	
GENETHON		MDYF PROJECT : Natural History of Duchenne Muscular Dystrophy A Prospective, Interventional, Baseline Study In Young Male Subjects Aged From 5 to 9 Years old	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...Hôpitaux Universitaires Strasbourg.....	Je ne sais pas	09/2020	

UKBB - UNIVERSITY OF BASEL CHILDREN´S HOSPITAL		TAMDMD : Tamoxifen in Duchenne muscular dystrophy: A multicenter, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 safety and efficacy 48-week trial	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal x Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… …… ……		07/2020	

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
NUTRITIA	CONGRÈS SOCIÉTE FRANÇAISE DE NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE TOULOUSE 2020	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	471 euros	15/01/2020	17/01/2020
BIOGEN	CONGRÈS EPNS 2019	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	1602 euros	17/09/2019	20/09/2019

PTC-THERAPEUTICS	SYMPOSIUM GENETIC SYNDROMES WITH MOVEMENT DISORDER AND EPILEPSY	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	817 euros	06/02/2020	07/02/2020
BIOGEN	CONGRÈS SOCIÉTE FRANÇAISE DE NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE ANGERS 2022	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	En cours	02/02/2022	04/02/2022
PTC-THERAPEUTICS	7TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PAEDIATRIC MOVEMENT DISORDERS	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	En cours	09/02/2022	11/02/2022

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
		☐	☐
		☐	☐

		□	□

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)**
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	- Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) MARIO BARRERA

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) .....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) .....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) .....

☒ autre : (préciser) Médecin Generaliste

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10004036405

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 22/02/2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☒ **Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Hapogys	60 Av de MELAC 33370 TRESSES MAS	Medecin coordonnateur		Juillet 2018	–

☒ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Medecin Generaliste	19 Av. G. Clemenceau.		2007	
	S.O.S Medecins			

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☒ **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	Activités (le cas échéant)			Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Mathieu Anheim.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

■ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées).....

Professeur de neurologie au CHU de Strasbourg, responsable du centre de référence des maladies rares neurogénétiques de Strasbourg (site constitutif).....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé).....

.....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....

.....

☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10004428958

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma

participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 27-01-2022

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

***Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Professeur de neurologie CHU de Strasbourg				2012	

***Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Consultation libérale hospitalière	CHU strasbourg	neurologie	2016	

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

* **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Teva, LVL, Merz, Orkyn, ASDIA, Aguettant, AbbVie, Actélion, Johnson and Johnson, IPSEN, FDE, UCB	Conférence, consultant	Parkinson, mouvement anormaux, maladies rares neurgénétiques	☐ Aucune *Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Sur les 5 dernières années : 80000 euros		
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques…), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*
Participation à de nombreux travaux de recherche clinique et fondamentale pour le CHU de Strasbourg, en collaboration avec d'autres CHU français, laboratoire CNRS INSERM IGBMC, ICM Paris et laboratoires pharmaceutiques pour essais cliniques, PHRC…			Type d'étude : * Etude monocentrique * Etude multicentrique Votre rôle : * Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal * Investigateur ☐ Expérimentateur non principal * Membre d'un comité de surveillance et de suivi	• Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif) /mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé *(société, association)*	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Publication de 87 articles indexés (et trouvables) sur Pubmed	Mouvements anormaux	☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	Aucune rémunération		
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……			

2.4.2 Intervention(s)

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

*** Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

* **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/ année)*	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

*** Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

* **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	Organismes concernés	**Activités** Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	**Actionnariat** Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☐ **Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Professeur de Neurologie, responsable du centre de référence des maladies neurgénétiques rares, co responsable du centre expert Parkinson, éditeur associé de la Revue Neurologique, membre du conseil d'administration de la société francophone des mouvements anormaux, membre du conseil d'administration de la société francophone de neurogénétique, membre du conseil scientifique de l'AFSGT et de France Parkinson, membre du panel scientifque de la section Neurogénétique de l'European Academy of Neurology		

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	**Activités (le cas échéant)**			**Actionnariat (le cas échéant)** - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*	

Signature non rendue publique

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **14/02/2022 10:55:59**

Je soussigné(e) **NADJAR Yann**

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité(e), soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

Activité(s) salariée(s)

AP-HP HOPITAL PITIÉ SALPÉTRIÈRE

Adresse : Boulevard de l'Hopital 75013 PARIS FRANCE

Fonction : Médecin Praticien Hospitalier

Période : 01/11/2012 à aujourd'hui

Spécialité : Neurologie

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

ASSOCIATION DE PATIENTS ELA

Fonction occupée : membre du conseil scientifique

Rémunération : aucune

Période : 01/2020 à aujourd'hui

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

SANOFI GENZYME

Fonction occupée : conseil

Sujet : venglustat et maladies lysosomales

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 500 euros

Période : 01/2020 - 01/2022

ORPHAZYME

Fonction occupée : conseil

Sujet : arimoclomol et niemann pick C

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 000 euros

Période : 01/2020 - 10/2021

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

SANOFI GENZYME

Sujet : essai thérapeutique venglustat dans la gangliosidose GM2

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (APHP)

Montant perçu (Organisme) : Je ne sais pas

Période : 06/2021 à aujourd'hui

TAKEDA

Sujet : leucopathies génétiques mimant la SEP

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (APHP)

Montant perçu (Organisme) : Total 18 000 euros

Période : 01/2020 à aujourd'hui

ORCHARD

Sujet : histoire naturelle leucodystrophie metchromatique

Type d'étude : Etude monocentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (APHP)

Montant perçu (Organisme) : Total 10 000 euros

Période : 01/2022 à aujourd'hui

LEADIANT

Sujet : depistage xct chez les cataractes pédiatriques

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (APHP)

Montant perçu (Organisme) : Total 15 000 euros

Période : 01/2018 - 01/2021

MEDDAY

Sujet : etude md1003 dans adrénomyeloneuropathie

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Co-investigateur

Rémunération : aucune

Période : 13/06/2015 - 12/06/2017

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.4.1 Rédaction d'article(s)

NEUROLOGIES

Sujet de l'article : maladies neuométaboliques

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 400 euros

Période : 01/2021 - 02/2021

2.4.2 Intervention(s)

ACTELION

Lieu et intitulé de la réunion : paris, nieman pick type C

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : niemann pick C zavesca

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 998 euros

Période : 16/01/2018 - 16/01/2018

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

AP-HP

Organisme financeur : Actelion. 60 000 euros versés

Période : 09/11/2016 à aujourd'hui

4. Participations financières directes, sous forme d'actions ou d'obligations détenues et gérées directement ou de capitaux propres dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

6. Fonctions et mandats électifs exercés actuellement

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr SARRAZIN ELISABETH.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, la commission, le conseil, le groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

☐ **d'agent de :**

☐ **de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail :** .....

✓ **de personne invitée à apporter mon expertise au PNDS NBIA** .....

☐ **autre : préciser**.....

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Activité salariée**
Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
CHU MARTINIQUE	Hôpital Pierre Zobda Quitman BP 632 97200 Fort de France	Praticien Hospitalier Temps plein	Février 2007	

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

☐ **Activité salariée**
Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… …… ……		

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……		

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou pré-cliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplace-ment	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		

3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage…
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur	%*	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

(*) % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement :

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu.
(Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration)

Structure concernée	Type d'investissement (*)

(*) % de l'investissement dans le capital de la structure

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- *le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants de ce dernier*
- *les enfants*
- *les parents (père et mère)*

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :

	Salariat	**Actionnariat**			
Organisme	Fonction et position dans la structure *(indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)*	Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme, objet de la déclaration

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type

✓ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration ».

Fait à FORT DE FRANCE .....

Le 19/07/2022 .....

(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de ..... L'..... est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : .....