DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr CHANSON Philippe

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 à PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 Paris_Saclay APHP	Faculté de Medeci 63 rue G. Péri 94270 Le Kremlin Bicêtre Hôpital Bicêtre 94275 Le Kremlin Bicêtre	PU PH	1998	CONT

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)*
Société Française d'Endocrinologie	Membre du Conseil d'Administration	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2000	CONT
European Society of Endocrinology	Member of the Board of Directors	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2021	CONT
European Neuro Endocrine Association	Trésorier	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2010	2019
Pituitary Society	Member of the Board of Directors	Aucun Remunerat	2019	CONT

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)*
IPSEN	Consultant occasionnel	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) Association de Recherche	2015	CONT
NOVARTIS	Consultant occasionnel	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) Association de Recherche	2010	CONT
PFIZER	Consultant occasionnel	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) Association de Recherche	2010	CONT
AECORDATI	Consultant occasionnel	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) Association de Recherche		

L'association de Recherche est l'Association "Recherche Endocrinologie Bicêtre", association loi 1901 dont je suis le président bénévole

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)*
Ministère de la Santé (PHRC)	Recherch Clinq domaine Acromégali	Acro-mégalie	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) APHP	2003	CONT
PFIZER	Recherche clinique (Bourses/grant)	Acro-mégalie	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) APHP	2010	CONT
~~IPSEN~~ NOVARTIS	Recherch Clinq	Acromégalie Pasiréotide	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) APHP	2010	CONT
CHIASMA	Recherche Clinique	Acromégalie. Octreotide oral (Mycapssa)	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) APHP		

CRINETICS Acromégalie Nouveau analogue de somatostat APHP 2024

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 déplacement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
IPSEN	France et Etranger (symposia de congrès)	Acromégalie Somatuline	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association de recherche ou APHP	2010	CONT
PFIZER	France et Etranger (symposia de congrès)	Acromégalie Somavert®	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association de recherche ou APHP	2010	CONT
NOVARTIS	France et Etranger (symposia de congrès)	Sandostatine® Signifor®	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association de recherche ou APHP	2010	CONT
RECORDATI	France et Etranger symposia	Signifor®	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association de recherche ou APHP	2010	CONT

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)*
Association "Recherch Endocrinologie Bretagne"	IPSEN	10%	2010	CONT
11	NOUARTIS	10%	2010	CONT
11	PFIZER	10%	2010	CONT
11	RECORDATI	5%	2010	CONT

(*) % 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 Marseille

Le 27 Septembre 2021

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **20/12/2018 17:58:55**

Je soussigné(e) **AMBROSI Pierre** né(e) **AMBROSI Pierre**

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. »

Liste des missions/fonctions

Institution :

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)

Instance:

Commission de suivi du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé - 14/02/2013 - 06/03/2019

Mandat :

07/03/2016 - 06/03/2019

Nommé le : 07/03/2016

Membre - Non renseignée

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-HM

Adresse : Hôpital de la Timone, rue Saint-Pierre 13385 MARSEILLE 05 FRANCE

Fonction : PU-PH

Période : 01/09/2000 à aujourd'hui

Spécialité : Cardiologue

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

AP-HM

Fonction occupée : Président du COMEDIMS

Rémunération : aucune

Période : 01/11/2016 à aujourd'hui

ANSM

Fonction occupée : Président de la Commission de suivi du rapport B/R

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 90 euros

Période : 01/2014 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

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

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

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

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)

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

2.4.2 Intervention(s)

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

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

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

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**

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **05/06/2020 08:22:42**

Je soussigné(e) **JOUANNEAU Emmanuel**

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 : 10003128351

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. »

Liste des missions/fonctions

Institution :

Institut National du Cancer (INCA)

Instance:

Conduite à tenir devant des patients atteints de méningiomes de grade 2 et 3 - Procédure de labellisation INCa

Mandat :

Membre - Membre

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)

HOSPICES CIVILS DE LYON

Adresse : Quai des Célestins 69002 LYON 02 FRANCE

Fonction : PU/PH Chef de service Neurochirurgie

Période : 01/11/1999 à aujourd'hui

Lieu d'exercice : Hôpital Neurologique - Service de Neurochirurgie B - 59 bld Pinel 69677 BRON FRANCE

CLINIQUE MUTUALISTE EUGÈNE ANDRÉ

Adresse : 107 Rue Trarieux 69003 LYON 03 FRANCE

Fonction : Vacataire

Période : 02/05/2012 - 30/04/2018

Spécialité : Neurochirurgie

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

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

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

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

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

CHU DE RENNES

Sujet : Intérêt de la corticothérapie dans les Hématomes sous-duraux non traumatiques

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Co-investigateur

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2015 - 01/04/2018

2.3.2 Autres travaux scientifiques

INCA

Sujet : Référentiel Méningiomes grade II-III

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2017 à aujourd'hui

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)

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

2.4.2 Intervention(s)

SOCIÉTÉ ROUMAINE DE NEUROCHIRURGIE

Lieu et intitulé de la réunion : Timisuoara

Sujet de l’intervention, nom du produit visé : Chirurgies des adénomes hypophysaires

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 05/09/2018 - 07/09/2018

NOVARTIS

Lieu et intitulé de la réunion : Congrès de la société Française d'Endocrinologie

Sujet de l’intervention, nom du produit visé : Chirurgie des adénomes hypophysaires

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 11/10/2017 - 15/10/2017

IPSEN

Lieu et intitulé de la réunion : Société Française d'Endocrinologie

Sujet de l’intervention, nom du produit visé : Chirurgie des récidives d'Adénomes Hypophysaires

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 12/09/2018 - 15/09/2018

BAXTER

Lieu et intitulé de la réunion : Séances de formation chirurgicale en chirurgie hypophysaire
Université Lyon Est, Lyon

Sujet de l’intervention, nom du produit visé : Séances de formation chirurgicale en chirurgie hypophysaire

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : À l'organisme (ADNF
Association pour le développement de la Neurochirurgie fonctionnelle , Loi 1901)

Montant perçu (Organisme) : Total 12 000 euros

Période : 01/12/2011 à aujourd'hui

INTEGRA

Lieu et intitulé de la réunion : EANS congrès

Sujet de l’intervention, nom du produit visé : Présentations sur la chirurgie endoscopique endonasale

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 05/10/2017 - 07/10/2017

GROUPE VISTA

Lieu et intitulé de la réunion : Europit

Sujet de l’intervention, nom du produit visé : Chirurgie Hypophysaire

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 01/11/2013 à aujourd'hui

INTEGRA

Lieu et intitulé de la réunion : Hôpital Lariboisiere

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Chirurgie endoscopique de la base du crâne - Workshop

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 1 500 euros

Période : 24/05/2019 - 25/05/2019

ENEA

Lieu et intitulé de la réunion : Athènes

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : How far the pituitary surgeon should ou could go into the cavernous sinus

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 04/12/2019 - 06/12/2019

RÉUNION INCA

Lieu et intitulé de la réunion : Paris

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Réunion sur le travail sur le Référentiel des Méningiomes en cours

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 21/06/2019 - 21/06/2019

EUROPEAN ASSOCIATION OF ENDOCRINOLOGY

Lieu et intitulé de la réunion : Annecy - Europit

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Chirurgie des adénomes corticotropes

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 14/11/2019 - 16/11/2019

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

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

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) Frédérique Albarel .....

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:**

x☐ de personne invitée à apporter mon expertise à PNDS ACROMEGALIE

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

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

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
AP-HM	80 rue Brochier, 13005 Marseille	Praticien hospitalier	1/11/2008	

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)*
ADHM	80, Rue Brochier 13005 Marseille	pH	05/2011	actuelle

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.

X☐ 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)*
PFIZER	consultant conseiller	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	21-5/18	3/04/19
Novartis	consultant conseiller	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	29/04/18	3/06/18
Novartis	consultant conseiller	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2/12/17	31-3/18
Novartis	consultant conseiller	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	16/11/2015	31/12/15

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)*
Novartis	étude observationnelle Acrotis	Acemiglia	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) ADOREC	2018	
Novartis EOLIA	observationnelle	Acemiglie	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) ADOREC	2018	
Novartis	étude observationnelle	Acemiglie	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) ADOREC	2016	
Novartis	étude observationnelle		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) ADOREC	2016	

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 déplacement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Novartis	journée DES END	Acromegalie	o Oui o Non	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	13/06/2019	
Pfizer	Symposium SFE	Acromegalie Vécu patient	o Oui o Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	6/9/19	13/9/19
Novartis	Journée DES END	Acromegalie	o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	11/05/2017	
			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

x☐ 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)*
		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) …… …… ……		

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

x☐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

x☐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.

X☐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

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

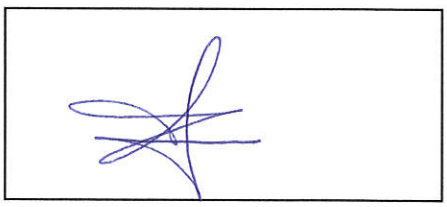
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 MArseille.....

Le 6 septembre 2019 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Françoix Archambeaud

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 à** PNDS Montpellier

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Faculté de Medecine	2 rue du Docteur Marcland 87025 LIMOGES	Professeur	1988	2020

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)*
Faculté de Medecine	2 rue du Docteur Marcland LIMOGES 87025	professeur	1988	2020
CHU Dupuytren	2 av. Martin Luter King LIMOGES 87000	Praticien Hospitalier	1979	2018

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)*
Navarki		Dasatinib	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) CHU Limoges	2017	2018
			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 déplacement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Novartis	Limoges Rencontre du Cluzeau	Acromegalie non contrôlée Pasireotide	○ Oui ☒ Non	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	21 Novembre 2015	
			○ 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. 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)*
Rencontres du Cluzeau (Réunions scientifiques)	Novartis		2007	2017

(*) % 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
Invitations à des congrès d'endocrinologie	Pfizer Novartis	2013	2018
Collège Académique	IPSEN	2019	

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 Limoges

Le 13/11/2019

lu et approuvé

C.H.U LIMOGES
Pr F. ARCHAMBEAUD
100029330

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **16/11/2020 11:40:02**

Je soussigné(e) **Assié Guillaume**

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 : 10004624408

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. »

Liste des missions/fonctions

Institution :

Plateforme des données de santé (Plateforme des données de santé)

Instance:

Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé

Mandat :

Expert - Non renseignée

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)

UNIVERSITÉ DE PARIS

Adresse : 15 rue de l'Ecolede Médecine 75006 PARIS 06 FRANCE

Fonction : Professeur de médecine

Période : 01/09/2014 à aujourd'hui

Spécialité : Endocrinologie

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Adresse : 3 Avenue Victoria 75004 PARIS 04 FRANCE

Fonction : PUPH

Période : 01/09/2014 à aujourd'hui

Spécialité : Endocrinologie

Lieu d'exercice : Hôpital Cochin 75014 PARIS 14 FRANCE

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

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE

Fonction occupée : Secrétaire général

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2019 à aujourd'hui

EUROPEAN NETWORK FOR THE STUDY OF ADRENAL TUMORS (ENSAT)

Fonction occupée : Trésorier

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2020 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

CEESRES

Fonction occupée : Expert

Sujet : Expertise de demandes d'accès aux données du Health data hub

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 100 euros

Période : 01/06/2020 à aujourd'hui

AMERICAN SOCIETY OF ENDOCRINOLOGY

Fonction occupée : expert

Sujet : organisation des congrès américains d'endocrinologie

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2015 - 01/07/2017

LA LIGUE CONTRE LE CANCER (RHÔNE ALPES)

Fonction occupée : Comité d'évaluation

Sujet : Dossiers de candidature

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2016 - 01/01/2019

EUROPEAN JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY

Fonction occupée : Editeur associé

Sujet : Revue et édition d'articles pour l'EJE

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2019 à aujourd'hui

EUROPEAN SOCIETY OF ENDOCRINOLOGY

Fonction occupée : Expert

Sujet : Organisation des congrès d'Endocrinologie

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2017 - 01/12/2018

ARC

Fonction occupée : Comité d'évaluation

Sujet : Dossiers de candidature

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2017 à aujourd'hui

UNIVERSITÉ DE PARIS

Fonction occupée : Enseignement

Sujet : En charge de la chaire Intelligence Artificielle En Santé;
Responsable du DU IA Santé

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2020 à aujourd'hui

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

INSERM

Organisme financeur : Programme européen H2020

Sujet : ENSAT-HT

Type d’étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur

Rémunération : aucune

Période : 01/07/2014 à aujourd'hui

INSERM

Organisme financeur : PRTK2014

Sujet : Comete Tactic

Type d’étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2014 à aujourd'hui

INSERM

Organisme financeur : Plan Cancer (INCA)

Sujet : Caractérisation moléculaire des corticosurrénalomes

Type d'étude : Etude monocentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2019 à aujourd'hui

APHP

Organisme financeur : ANR FLASH

Sujet : COVIDOMIC

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : aucune

Période : 01/04/2020 - 01/04/2021

2.3.2 Autres travaux scientifiques

INSERM

Sujet : Génomique des tumeurs hypophysaires

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2015 à aujourd'hui

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)

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

2.4.2 Intervention(s)

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

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

METHOD FOR MOLECULAR TYPING OF TUMORS IN A SINGLE TARGETED NEXT GENERATION SEQUENCING EXPERIMENT

Structure : Inserm

Intéressement : Oui

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2017 - 01/01/2018

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

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

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

INVITATIONS À DES CONGRÈS

Commentaire : Congrès d’Endocrinologie (Français, Européen, Américain) par Novartis, Ipsen, Pfizer

Période : 01/01/2015 - 01/01/2020

Annexe 10 : Déclaration des liens d'intérêts du responsable Universitaire, des concepteurs du programme et des intervenants

Déclaration en pièce-jointe. Le responsable pédagogique, le(s) concepteur(s), et chaque intervenant, doivent remplir, signer et nous retourner ce document en original.

Déclaration d'intérêts

Déclarer ses liens d'intérêts : Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle les liens d'intérêts d'une personne sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de la mission qui lui est confiée. La notion de **lien d'intérêts** recouvre les intérêts ou les activités, passés ou présents, d'ordre patrimonial, professionnel ou familial, de la personne en relation avec l'objet de la mission qui lui est confiée.

L'intérêt peut être :

- Matériel ou moral :
  - Matériel ou financier : rémunération ou gratification de toute nature ;
  - Moral, consistant en un bénéfice en termes de reconnaissance, occasionnelle ou régulière, sous toutes ses formes, notamment pour la promotion ou la défense :
    - D'intérêts personnels non directement financiers – comme ceux relatifs à des responsabilités professionnelles assumées ou recherchées, ou des mandats électifs professionnels détenus ou souhaités,
    - D'intérêts de groupes, tels ceux d'une école de pensée, d'une discipline ou d'une spécialité professionnelles - par exemple en cas d'exercice de responsabilités dans des organismes dont les prises de position publiques sur des questions en rapport avec la mission demandée pourraient faire douter de l'indépendance, de l'impartialité ou de l'objectivité de celui qui les exerce.
- Direct ou par personne interposée :
  - Intérêt direct : intérêt impliquant, à titre personnel, directement pour l'intéressé, un bénéfice, c'est à dire une rémunération, en argent ou en nature, ou toute forme de reconnaissance, occasionnelle ou régulière, sous quelque forme que ce soit. Le bénéfice est un avantage ou une absence de désavantage pour soi-même.
  - Intérêt indirect (ou par personne interposée) : intérêt impliquant, en raison de la mission remplie par l'intéressé, un bénéfice, rémunération ou gratification, ou une absence de désavantage, au profit d'une autre personne, physique ou morale (institution, organisme de toute nature), avec laquelle l'intéressé est en relation, ou un désavantage pour cette autre personne (que l'intéressé pourrait souhaiter pour celle-ci), dans des conditions telles que le comportement de l'intéressé pourrait s'en trouver influencé, même s'il ne reçoit aucun bénéfice à titre personnel.
- Ancien, voire futur :
  - La déclaration d'intérêts impose de déclarer les intérêts actuels mais aussi ceux qui existaient pendant les cinq dernières années ;
  - Dans un souci de loyauté, et même si la déclaration d'intérêts ne le prévoit pas, il convient que les personnes concernées informent des liens d'intérêts dont elles savent, au moment où elles font la déclaration, qu'ils vont apparaître dans un proche avenir.

Compte tenu des éléments présentés ci-dessus, nous vous proposons de remplir le document suivant afin de nous informer de tout « intérêt » éventuel. Cette déclaration engage la responsabilité du déclarant qui doit s'assurer qu'elle est sincère, à jour et exhaustive.

Je soussigné(e) (Prénom) (Nom), (Profession) ___Gérald Raverot

Intervenant au titre de __enseignant au sein de DIU Radioanalyse et Hormonologie

Déclare avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer sur les cinq dernières années :

1) Activité principale :

Activité	Exercice *(libéral, salarié, autre…)*	Lieu d'exercice	Début *(Mois/année)*	Fin *(Mois/année)*
PU	Université Lyon1	Lyon	01/2011	
PH	Hospices Civils Lyon	Lyon	01/2008	

2) Activités à titre secondaire :

(Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès…)

Structure ou organisme	Fonction ou activité	Rémunération (oui/non)	Début *(Mois/année)*	Fin *(Mois/année)*
IPSEN	orateur	oui	01/2021	06/2021
Pfizer	Consultant/orateur	oui	07/2019	01/2020
Pfizer	Consultant/orateur (contrat HCL)	Non	04/2020	En cours
Recordati rare disease	Consultant/orateur	oui	05/2020	04/2021
Recordati rare disease	Consultant/orateur (contrat HCL)	non	06/2021	En cours
Novartis	Consultant	oui	06/2017	En cours

3) Activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

Structure et activité bénéficiant du financement	Organisme à but lucratif financeur	Début *(Mois/année)*	Fin *(Mois/année)*

4) Participations financières dans le capital d'une société :

Structure concernée	Type d'investissement

5) Existence de proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

Organismes concernés	Commentaire	Début *(Mois/année)*	Fin *(Mois/année)*

6) Autres liens d'intérêts que le déclarant choisit de faire connaître :

Elément ou fait concerné	Commentaire	Début *(Mois/année)*	Fin *(Mois/année)*

☐ Je n'ai aucun lien d'intérêt à déclarer

Fait à : Lyon

Le : 27 Septembre 2021

Signature :

Groupement Hospitalier EST
Professeur Gérald RAVEROT
Fédération d'Endocrinologie du Pôle EST
59 boulevard Pinel
69677 BRON Cedex

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **15/10/2020 10:22:41**

Je soussigné(e) **DUFOUR Henry**

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 : 10003369781

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. »

Liste des missions/fonctions

Institution :

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)

Instance:

Consultation publique sur les traitements Lutényl et Lutéran et le risque de méningiome

Mandat :

A Définir - Non renseignée

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-HM

Adresse : 264 rue St Pierre 13385 MARSEILLE 05 FRANCE

Fonction : PUPH chef de service

Période : 11/1993 à aujourd'hui

Spécialité : Neurochirurgie Neuro oncologie

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

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

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

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

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

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

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)

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

2.4.2 Intervention(s)

INTEGRA LIFE SCIENCES SERVICES (FRANCE)

Lieu et intitulé de la réunion : Cours (dispositifs médicaux)
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : DM
Prise en charge des frais : Non
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 1 400 euros
Période : 23/01/2019 - 23/01/2019

TAKEDA

Lieu et intitulé de la réunion : SFNC
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : neurochirurgie
Prise en charge des frais : Non
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 600 euros
Période : 16/03/2018 - 16/03/2018

TAKEDA

Lieu et intitulé de la réunion : SFNC
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Neurochirurgie
Prise en charge des frais : Non
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 2 000 euros
Période : 28/06/2017 - 28/06/2017

ETHICON

Lieu et intitulé de la réunion : Congrès
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Neurochirurgie
Prise en charge des frais : Non
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 1 500 euros
Période : 18/05/2017 - 18/05/2017

TAKEDA

Lieu et intitulé de la réunion : SFNC
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Neurochirurgie
Prise en charge des frais : Non
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 2 000 euros
Période : 23/05/2018 - 23/05/2018

TAKEDA

Lieu et intitulé de la réunion : SFNC
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Plaie vasculaire en chirurgie endoscopique
Prise en charge des frais : Oui
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 1 100 euros
Période : 03/2017 - 03/2017

NOVARTIS

Lieu et intitulé de la réunion : PARIS - ECHANGES CLINIQUE EN ENDOCRINOLOGIE
Sujet de l'intervention, nom du produit visé : ACROMEGALIE, aucun produit visé
Prise en charge des frais : Oui
Rémunération : Au déclarant
Montant perçu (Déclarant) : Total 600 euros
Période : 17/03/2017 - 17/03/2017

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

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

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

COURS DE FORMATION NEUROCHIRURGIE POUR LES DÉLÉGUÉS MÉDICAUX DE LA FIRME TAKEDA

Montant perçu : Total 2 000 euros

Période : 25/06/2017 - 25/06/2017

VISITE PRÉPARATOIRE SUR SITE À L'ÉCOLE DE CHIRURGIE DE NANCY EN VUE DE L'ORGANISATION DU COURS PRATIQUE DE NEUROCHIRURGIE

Montant perçu : Total 600 euros

Période : 16/03/2018 - 17/03/2018

DÉPLACEMENT NANCY POUR LE COURS SUR COCHONS À L'ÉCOLE DE CHIRURGIE

Montant perçu : Total 2 000 null

Période : 25/05/2018 - 25/05/2018

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Laure CAZABAT .....

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 :**

x 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X 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 Versailles Saint Quentin UFR Simone Veil Santé	55 avenue de Paris 78000 Versailles	Maitre de Conférences des Universités Praticien Hospitalier	09/2015	?

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)*

X 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 Versailles Saint Quentin UFR Simone Veil Santé	55 avenue de Paris 78000 Versailles	Praticien Hospitalo-Universitaire	09/2013	08/2015

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)*
Société Française d'Endocrinologie	Membre du conseil d'administration	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2018	?
		☐ 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)*
HAS Sante	Expertise pour commission, de transparence	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	02/2015	04/2015
		☐ 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.

X 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

X 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

X 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)*
		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) …… …… ……		

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

X 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

X 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.

X 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

X 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 Boulogne.....

Le 09/08/2019.....

Dr Laure CAZABAT
MCU-PH
ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE
CHU Ambroise Paré - APHP
Universités de Versailles Saint Quentin
9, avenue du Général De Gaulle
92100 Boulogne Billancourt
Sec : 01 49 09 54 95 - Fax : 01 49 09 46 27
N° RPPS : 10005174864
N° FINESS : 920100013

Signature obligatoire
(Mention non reconnue 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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

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 Saint Pierre

Le 31 Mai 2021



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) VASILJEVIC Alexandre

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:**

x de personne invitée à apporter mon expertise au PNDS Acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Hospices Civils de Lyon	3, quai des Célestins, 69002 LYON	MCU-PH	09/2013	-
Université Claude Bernard Lyon I	43 Bd du 11 Novembre 1918, 69100 Villeurbanne			

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.

X 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.

X 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)*
NOVARTIS PHARMA	Endocrinologie Etude non Interventionnelle, observationnelle, EOLIA Protocole N° CSMS995BFR13	Pasiréotide Octréotide	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) HCL	10/2017	12/2020
			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)*
IPSEN/ESE	EUROPIT Annecy, France (Réunion annuelle)	Classification of pituitary neuroendocrine tumors (PitNET)	X Oui o Non	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	11/2017	11/2021
			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

X 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

X 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

X 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.

X 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

X 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

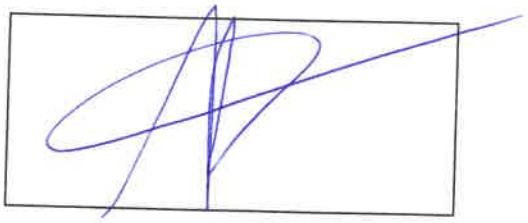
Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« 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 Lyon

Le 27/09/2021

GROUPEMENT HOSPITALIER EST
Centre de Pathologie Est
Docteur VASILJEVIC
59, boulevard Pinel - 69677 BRON Cedex
Tél. 04 72 12 96 04



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e)Tauveron Igor.....

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:**

x☐ **de personne invitée à apporter mon expertise à PNDS acromegalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

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

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Universite Clermont Auvergne CHU	Clermont fd	PUPH	1999	En cours

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)*
Universite Clermont Auvergne CHU	Clermont fd	PUPH	1999	En cours

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.

x☐ 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.

x☐ 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.

x☐ 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)*
Sanofi Msd sanofi	Diabete clermont fd Diabete clermont fd Diabete clermont fd	Diabete Diabete diabete	xOui o Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	27/06/18 26/7/17 28/11/17	27/06/18 26/7/17 28/11/17
Astra zenzeca Novo nordisk Msd Abbott	Diabete clermont fd Diabete clermont fd Diabete clermont fd Diabete clermont fd	Diabete Diabete Diabete diabete	xOui o Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	29/1/16 17/7/16 27/6/16 1/12/16	29/1/16 17/7/16 27/6/16 1/12/16
Novartis Genzyme Roche Msd	Diabete clermont fd Maladies rares clermont fd Diabete clermont fd Diabete clermont fd	Tumeurs endocrines Maladies rares Diabete Diabete	xOui o Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	13/7/16 25/2/16 18/7/16 16/5/16	13/7/16 25/2/16 18/7/16 16/5/16
Astra zeneca msd	Diabete clermont fd Diabete clermont fd	Diabete Diabete	xOui o Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	29/7/15 30/7/15	29/7/15 30/7/15

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

x☐ **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

x☐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

X☐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.

X☐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
	Je soussigné atteste m'être appuyé sur le site transparence.sante.gouv pour remplir ce formulaire		

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 Marseille

Le 1.6.21

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Tabarin antoine

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: PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 de Bordeaux	146, rue léo saignat 33000 Bordeaux	Professeur université	Septembre 1993	En cours

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)*
Université de Bordeaux	146, rue léo saignat 33000 Bordeaux	Professeur université	Septembre 1993	En cours

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)*
Novartis	Board scientifique international de l'étude Acronis	Au déclarant	Novembre 2017	En cours
		☐ 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)*
Novartis	Acronis. Etude de suivi en vie réelle post-commercialisation	Pasireotide	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ Investigateur principal **LOCAL / DU CENTRE** ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☒ Expérimentateur non principal	A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) CHU Bordeaux	Décembre 2016	Mai 2021
Novartis	Eolia. Prédiction histologique de la réponse aux agonistes de la somatostatine chez les patients non guéris par la chirurgie	Sandostatine Pasireotide	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ Investigateur principal **LOCAL / DU CENTRE** ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☒ Expérimentateur non principal	A un organisme dont vous êtes membre ou salarié CHU de Bordeaux	Decembre 2017	Janvier 2020
			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)*
Ipsen Biotech	Paris. « Challenges en Acromégalie : Situations cliniques thérapeutiques difficiles ». *Challenges en Acromégalie, du diagnostic à la prise en charge en réseau*	Traitements dont traitements pharmacologiques dans l'acromégalie	Oui	Au déclarant	*21/11/2019*	21/11/2019
Recordati	Webminar Formation interne sur les traitements de l'acromégalie	Traitements dont traitements pharmacologiques dans l'acromégalie	Non	Au déclarant	23/10/2020	23/10/2020
Novartis	Beyrouth "Overview of diagnostic and therapeutic challenges in acromegaly" AACE Annual chapter congress	Traitements dont traitements pharmacologiques dans l'acromégalie	Oui	Au déclarant	4/02/2018	4/02/2018
			○ Oui ○ 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)*
Association 1901 Journées d'Endocrinologie du Haut Leveque	Novartis	8%	2017	2019
Association 1901 Journées d'Endocrinologie du Haut Leveque	Ipsen	8%	2017	2021
Association 1901 Journées d'Endocrinologie du Haut Leveque	Pfizer	8%	2017	2021
Association 1901 Journées d'Endocrinologie du Haut Leveque	Recordati	8%	2020	

(*) % 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 PESSAC

Le 01 JUIN 2021

C.H.U. de Bordeaux - Hôpital Haut Lévêque
Pr Antoine TABARIN
Département Endocrinologie - Diabétologie
33604 PESSAC Cedex

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr Brac de la Perrière.....

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, l**es 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 à PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Hospices civils de Lyon	3 quai des Célestins 69 002 LYON	Praticien hospitalier plein temps	2004	En cours

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 Lyon

Le 27 septembre 2021 .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **12/04/2021 10:12:27**

Je soussigné(e) **GOICHOT Bernard** né(e) **GOICHOT Bernard**

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. »

Liste des missions/fonctions

Institution :

Haute Autorité de Santé (HAS)

Instance:

Pertinence de l'échographie thyroïdienne

Mandat :

Membre du Groupe de Travail - Non renseignée

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)

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE

Adresse : rue Kirschleger 67000 STRASBOURG FRANCE

Fonction : PU-PH

Période : 01/09/1998 à aujourd'hui

Spécialité : Médecine interne/Endocrinologie

Lieu d'exercice : Service de Médecine interne, endocrinologie et Nutrition
Hôpital de Hautepierre
avenue molière 67098 Strasbourg France

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

FACULTÉ DE MÉDECINE

Fonction occupée : Vice-Doyen

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2009 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

PFIZER

Fonction occupée : Participation board scientifique

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 400 euros

Période : 01/2017 - 01/2017

NOVARTIS

Fonction occupée : Participation board scientifique

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 400 euros

Période : 01/2017 - 01/2018

PFIZER

Fonction occupée : Participation Board experts

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 400 euros

Période : 09/2018 - 09/2018

IPSEN

Fonction occupée : Particiation Board experts

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : aucune

Période : 02/2020 - 02/2020

IPSEN

Fonction occupée : Participation board Experts

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : aucune

Période : 02/2019 - 02/2019

NOVARTIS

Fonction occupée : Préparation réunions de formation journées régionales (2 réunions/an)

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 600 euros

Période : 11/2017 - 12/2019

IPSEN

Fonction occupée : Participation Board experts

Sujet : Tumeurs neuroendocrines

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 400 euros

Période : 09/2019 - 09/2019

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

INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

Sujet : Firstmapp: étude randomisée Sunitib vs placebo dans les phéochromocytomes/paragangliomes métastatiques

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Co-investigateur

Rémunération : aucune

Période : 01/2013 à aujourd'hui

HOSPICES CIVILS DE LYON

Sujet : Etude phase II pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la molécule BKM120 dans le traitement des patients atteints de cancers différenciés métastatiques de la thyroïde

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Autre (membre du comité de surveillance)

Rémunération : aucune

Période : 01/2015 - 01/2017

MERCK-SERONO

Sujet : Thyrdel: étude des pratiques de prise en charge de l'hyperthyroïdie en France

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : aucune

Période : 01/2012 - 01/2017

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)

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

2.4.2 Intervention(s)

MERCK-SERONO
NOVARTIS

Lieu et intitulé de la réunion : Interventions régulières lors de congrès (Société française d'endocrinologie, club thyroide régionaux, réunions régionales TNE...)

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : TNE: prise en charge
Hyperthyroïdie

Prise en charge des frais : Oui

Rémunération : aucune

Période : 01/2013 à aujourd'hui

UNI-PHARMA

Lieu et intitulé de la réunion : Congrès de la SFE, Nancy, 14/9/18

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Difficultés de prise en charge de l'hypothyroïdie

Prise en charge des frais : Non

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 750 euros

Période : 14/09/2018 - 14/09/2018

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

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

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 Chiara VILLA .....

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 à : « PNDS Acromégalie »** .....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Département de Neuropathologie de la Pitié Salpêtrière Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - APHP Sorbonne Université	47-83 Bd de l'Hôpital 75651 PARIS CEDEX 13	Neuropathologiste MD, PhD, PH	01/07/2021	En cours

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)*
Service d'anatomie Pathologique HOPITAL FOCH	40 rue Worth 92151 SURESNES	PH	01/11/2013	25/06/2021

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)*
INSTITUT COCHIN U1016 Inserm/CNRS/UMR-S8104 - Université de Paris 24 rue du Faubourg Saint-Jacques 75014 PARIS CEDEX 14	Chercheur	0	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	[redacted] ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/11/2021	En cours
			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 déplacement	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)*
		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) …… …… ……		

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.

[redacted]e 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 :

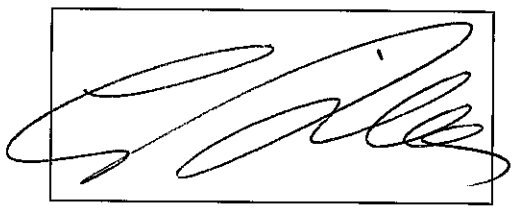
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Paris 28/9/21

Le 28/9/21



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné Professeur Carl ARNDT .....

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, l**es 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 : CHU de Reims

☐ 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 : hypo@ap-hm.fr

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Ophtalmologiste	CHU de Reims	02/2009	Toujours en activité

☐ **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 de Reims	Hôpital Robert Debré Av du Général Koenig 51092 REIMS CEDEX	PU-PH	01/09/2008	Toujours en activité

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)*
CHU de Reims	Hôpital Robert Debré Av du Général Koenig 51092 REIMS CEDEX	PU-PH	01/09/2008	Toujours en activité

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 REIMS .....

Le 02/06/2021 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Cyrille CHOSSEGROS .....

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, l**es 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 : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Assistance Publique Hôpitaux de Marseille	80, rue Brochier 13385 Marseille cedex 5	Chef de Service	Depuis 2002	19 ans

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 Marseille,.....

Le 28 mai 2021.....

Professeur C.CHOSSEGROS

Professeur Cyrille CHOSSEGROS
Service de Chirurgie Maxillo Faciale et Stomatologie
Hôpital de la Conception
Tél. : 04 91 43 58 50
RPPS : 10003357638

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) VEZIOS Delphine

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 à** PNDS oculopathie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

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

☐ **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 Toulouse / Université Paul Sabatier	Hôpital Purpan 24 chemin de Pouvourville 31059 Toulouse Cedex 9	professeur des universités / praticien hospitalier	sept 2018	

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)*
CHU Toulouse / Université Paul Sabatier	Hôpital Larrey Toulouse	Maître de conférence / praticien hospitalier	sept 2010	août 2018

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 :

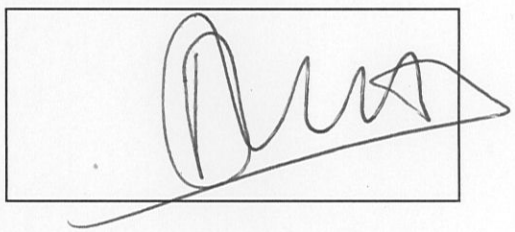
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Toulouse

Le 29/07/2019



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Delphine DRUI.....

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, l**es 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: rédaction PNDS acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 NANTES	44092 NANTES Cedex	Praticien Hospitalier	11/2008	En cours

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)*
Board Pfizer	Consultant	☐ Au déclarant	07/2019	07/2019
		☐ 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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

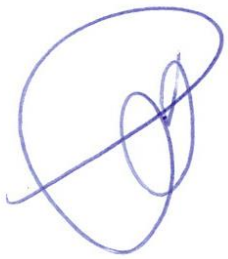
☒**Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

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 Nantes

Le 24/09/2019

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Emmanuel CORON

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, l**es 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 :**

X de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail: Plan PNDS Acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 .....

Le .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Emmanuelle KUHN.....

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, l**es 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 à PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris AP-HP (hôpital de la Pitié Salpêtrière)	3 Avenue Victoria, Paris · 01 40 27 40 32	Praticien Hospitalier Contractuel	11/2020	En cours

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)*
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris AP-HP	3 Avenue Victoria, Paris · 01 40 27 40 32	Praticien Attaché	01/12/2018	31/10/2020
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris AP-HP	3 Avenue Victoria, Paris · 01 40 27 40 32	Chef de Clinique Assistant	01/11/2014	31/10/2018

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)*
CHIASMA	Etude clinique de phase 3 MPowered OOC-ACM-302 Maintenance of Acromegaly Patients with Octreotide Capsules compared With Injections-Evaluation of Response Durability	Octréotide Capsule	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ■ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ■ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune	106/2016	03/2019
Novartis	Etude Observationnelle pour évaluer la corréLation entre l'expression des récepteurs à la somatostatine, le signal IRM, et l'efficacité d'octreotIde et de pAsireotide dans l'acromégalie	Acromégalie Octréotide pasiréotide	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ■ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ■ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune	05/2018	12/2020
PHRC	Reproductibilité et utilité du freinage de l'hormone de croissance par l'hyperglycémie provoquée par voie orale pour le diagnostic d'acromégalie	Acromégalie	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ■ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ■ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune	10/07/2020	En cours
			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)*
Pfizer	Article	Pegvisomant in combination or pegvisomant alone after failure of somatostatin analogs in acromegaly patients: an observational French ACROSTUDY cohort study E Kuhn, P Caron, B Delemer, I Raingeard, H Lebfevre, G Raverot, C Cortet-Rudelli, R Desailloud, C Geffroy, R Henocque, Y Brault, T Brue, and P Chanson ; Endocrine . 2020 Sep 28.	○ Non	☐ Aucune		Sept 2020
Pfizer	Du diagnostic au suivi : comment assurer une prise en charge holistique des patients acromégales » visioconférence	Suivi et prise en charge des comorbidités : respiratoires et cardiovasculaires de l'acromégalie	○ Non	☐ Au déclarant	01/07/2021	01 /07/2021
			○ 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. 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

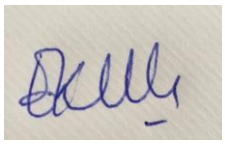
☒**Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

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 Paris

Le 31/05/2021

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) CASTINETTI Frederic .....

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 à PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
AP-HM et Aix Marseille Université	Rue Brochier, 13005 Marseille	PU-PH	01.09. 2016	En cours

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.

XJe 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.

X 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)*
IPSEN	EndoMasterClass, Marseille	Acromégalie : prise en charge diagnostique et thérapeutique (somatostatinergiques, antagniste des récepteurs de l'hormone de croissance)	o Oui xNon	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1 fois/an depuis 2017	
PFIZER	MasterClass	Déficits hypophysaires	xOui o Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	Mars 2018	Mars 2018
RECORDATI	Board experts international	Pasireotide	xOui o Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1 fois en 2019 et 1 fois en 2020	
			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

XJe 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

XJe 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

XJe 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.

XJe 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

XJe 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 Marseille

Le 25.09.2021

F. CASTINETTI

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr Frédéric Illouz.....

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, l**es 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 :

X d'agent de : médecin hospitalier endocrinologue

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

X de personne invitée à apporter mon expertise à l'écriture du PNDS Acromégalie .....

☐ 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 Angers	4 rue Larrey 49933 Angers cedex 9	Praticien Hospitalier	Nov 2003	

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)*
Société Française d'Endocrinologie	Membre du bureau	xAucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ……	2016	
		☐ 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.

x **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.

x **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

x **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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

x **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

x **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

x**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.

x **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

x **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 Angers .....

Le 28 mai 2021 .....



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 : ……..

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Francoise Borson-Chazot.....

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, l**es 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 à PNDS acromégalie** .....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Hospices Civils de Lyon Université Lyon1	3 quai des Celestins 69002 Lyon Campus La Doua, 69100 Villeurbanne	Praticien hospitalier Professeur des Universités	1987 2004	En cours En cours

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)*
NOVARTIS	Essai therapeutique	Pasireotide	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ✕ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ 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) …HCL…… …… …… ……	2015	2018
CHIASMA	Essai therapeutique	Somatostatine orale	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ✕ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ✕ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant xA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) HCL…… …… …… ……	2017	2021
			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)*
RECORDATI	Document d'information sur l'acromegalie	Pasireotide	○ Oui xNon	☐ Aucune ☐ Au déclarant xA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …HCL…… …… ……	2020	En cours
IPSEN	Endomasterclass Réunion annuelles de formation pour les endocrinologues 2 jours par an	Pathologie hypophysaire et tumorale endocrine en général Reunion de formation Pas de produit spécifiquement mentionné	xOui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2017	2021
IPSEN	Réunion annuelle des MUST : rapports de congres	Aucun, réunion générale de formation ne portant pas systématiquement sur la pathologie hypophysaire	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2018	2021
PFIZER	Masterclass 1 jour	Aucun reunion de formation	X Oui ○ Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	17 mars 2018	17 mars 2018

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

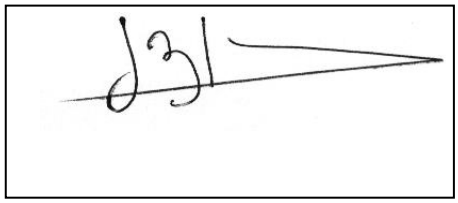
☒**Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

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 Lyon.....

Le 10 juillet 2021.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr Frédéric Lioté, PU-PH en rhumatologie, ...

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, l**es 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 :**

X de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail: PNDS ACROMEGALIE

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

X Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
RHUMATOLOGUE ACTIVITE LIBERALE STATUTAIRE	HOPITAL LARIBOISIERE PARIS	04/1996	EN COURS

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

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

X 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 de Paris AP-HP	UFR de médecine 10 avenue de Verdun 75010 PARIS HOPITAL Laribosière, service de rhumatologie 2 rue Ambroise Paré 75010 PARIS	Professeur des Universités Praticien hospitalier	09/1998	EN COURS

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.

X 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)*
IPSEN	Conseil pour les relations médecin-malades	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	09/2019	10/2020
		☐ 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.

X 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)*
NOVARTIS		Rédaction d'une monographie sur les complications articulaires de l'acromégalie	○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	09/2018	09/2019
IPSEN		INTERVENTION DE FMC	○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2019 Ponctuelle Et unique	
IPSEN		INTERVENTION AUPRES DE L' ASOCIATION	○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2018 Ponctuelle Et unique	
			○ Oui ○ 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

X 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

X 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

X 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.

X 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

X 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 .....

Le .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) LASCAR Ali

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 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 : hypo@ap-hm.fr

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Medecin	Montreuil (93)	1986	

☐ **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)*
Assistance Publique		Medecin temps partiel	1986	10/2020

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)*
Medecin	Montreal	1986	

☐ **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)*
AP		medecin	1986	10/2023

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)*
			○ 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)		

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 Montreuil

Le 1/6/2021

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Haïfa RAHABI.....

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: PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Assistance publique hôpitaux de Marseille	147 Bd Baille 13005 Marseille	Praticien contractuel	2016	NA

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)*
		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) …… …… ……		

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 Marseille .....

Le 24/09/2021.....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr Isabelle RAINGEARD

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 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 : hypo@ap-hm.fr

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 Montpellier	Avenue Doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier	Pt temps plein	2004	-

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)*
		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) …… …… ……		

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

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 MONTPELLIER

Le 16/8/2019

Signature obligatoire
(Mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception de: proches) sera publiée sur le site internet du CRMR HYPO. L'... est responsable du tra confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit e

dentité des 'intérêts en

z d'un droit

N° FINESS 340785161
N° RPPS 10003252003
Dr ISABELLE RAINGEARD
REIN HTA ENDO-META
CHRU MONTPELLIER

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)*

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Isabelle Pellegrini

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 à** PNDS Acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
AP-HM	Hopital Conception Pôle ENDO Bd Baille Marseille	Psychologue	fev/93	Auj.

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)*
		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) …… …… ……		

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 :

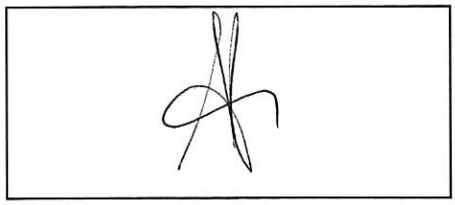
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Marseille

Le 7 Août 2019



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Jérôme Bertherat.....

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 à PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 de Paris	1(rue de l'Ecole de médécine 75006 Paris	PU PH	01092002	

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) Associatiuon CRE…… ……		
		☐ 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)*
Novartis	Bureau Orateur	☐ Aucune xAu déclarant x A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) Associatiuon CRE…… ……		01012019
Recordati RD	Bureau orateur	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	01012020	
		☐ 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)*
Novartis	Acromégalie et maladie de Cushing	Signifor LCI 699	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) .....AP-HP.....		01122020
Recordati RD	Maladie de Cushing	LCI 699	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 xA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) .....AP –HP	01062020	
HRA Pharma	Syndrome de Cushing	Ketoconazole	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) ESE CRE.....	01062019	
			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)*
Novartis	Paris	Traitement de la maladie de cushing	o Oui xNon	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	01012016	01122019
HRA	Réunions virtuelles sur internet	Prise en charge de la maladie de cushing	o Oui xNon	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	01012020	
			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

X 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)*
		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) …… …… ……		

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 :

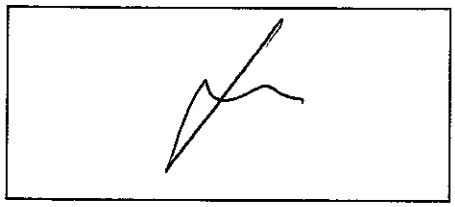
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 ..... Paris .....

Le ..... 28-01-2021 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) prof JF BONNEVILLE.....

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, l**es 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:**

x☐ de personne invitée à apporter mon expertise à PNDS acromegalie.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
IRM	monbéliard	09/2016	

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

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
IRM	pontarlier	2013	

☐ **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 Liège	Ch Sart Tilman B30 Liege Belgique	Professeur invite Médecin vacataire	09/2012	

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.

X☐ 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.

X☐ 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)*
novartis	endocrinologie	Octreotide Acromegalie ST recepteurs IRM	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal x☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune xxAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2017	
			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)*
Ipsen	Europit Annecy	IRM hypophysaire	xOui ○ Non	xAucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2012	
novartis	ECE paris	IRM hypophysaire	○ Oui ○ Non	☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	2016	
			○ 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. 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 fontain .....

Le 29 07 2019 .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Laurent DEVOIZE

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, l**es 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 : CHU de Clermont Ferrand / Université d'Auvergne**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 de Clermont Ferrand Université d'Auvergne	58 rue Montalembert 63000 Clermont-Ferrand 49 Boulevard François Mitterrand 63000 Clermont-Ferrand	PU-PH	09/2002	

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)*
INSERM 1107 NeuroDol	Etude observationnelle	Etude des manifestations buccodentaires sur une série de patients acromégales (AcroDent).	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) Soutien financier reçu pour l'INSERM 1107 NeuroDol sous forme de don (Numéro: DG CPL F 0002 V1) de Novartis Pharma SAS - maladies rares.	09/2015	09/2017
			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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

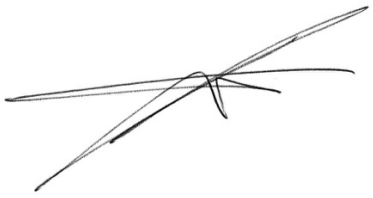
☒**Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

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 Clermont-Ferrand

Le 29/05/2021

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) ..... Marius J Claudet .....

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 à** .....

☒ **autre : préciser** ..... membre participant au PNDS Amyloïdose .....

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 : hypo@ap-hm.fr

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 de Poitiers	2 Rue de la Milétrie 86000 Poitiers	PUPH Immunologie.	Sept 84	/

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 Poitiers

Le 28 05 2021

Pr J.C. MEURICE
86 1017705 - 10002716974
Centre Régional d'Allergologie
C.H.U. de POITIERS
Tél. : 05 49 44 33 28

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) NUNES Marie-Laure

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:** PNDS Acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 de BORDEAUX	CHU de Bordeaux 12 rue Dubernat 33400 TALENCE	Praticien Hospitalier	Nov 2008	CDI

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)*
Protocole ACROMIS Société NOVARTIS	Acromégalie	Pasiréotide	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)	19/12/2016	en Cours
Etude PATRO A	Déficit en GH	Omnitrope	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)	3/06/2016	en Cours
Protocole CLCi 699 C 2301	Cushing	osilodrostat	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)	29/01/2015	en Cours
Etude CHIRACIC (R TABARIN CHU de Bordeaux)	Adénomes corticotropes infraclinique	Pas de produit	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)	27/06/2014	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)*
				☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……		
			○ Oui ○ Non			
			○ 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. 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)*
		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) …… …… ……		

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 Pessac

Le 02/08/2019

Dr Marie-Laure NUNES
Praticien Hospitalier
ENDOCRINOLOGIE
Hôpital Haut-Lévêque - 33604 PESSAC Cedex

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **12/06/2019 16:13:59**

Je soussigné(e) **CHEVALIER Nicolas**

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 : 10004416904

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. »

Liste des missions/fonctions

Institution :

Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES)

Instance:

Groupe de travail de l'Anses

Mandat :

Expert - Non renseignée

Institution :

Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES)

Instance:

GT Perturbateurs endocriniens

Mandat :

Expert - Non renseignée

Institution :

Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)

Instance:

GT élaboration d'indicateurs de résultats de la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens

Mandat :

Membre du Groupe de Travail - Non renseignée

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)

CHU DE NICE

Adresse : Hôpital de l'Archet 2, 151 route de Saint Antoine de Ginestière, 06202 Nice Cedex 3 & Université Nice Côte d'Azur, Faculté de Médecine 0 Nice France

Fonction : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Période : 01/09/2016 à aujourd'hui

CHU DE NICE

Adresse : Hôpital de L'Archet 2, 151 route de Saint-Antoine de Ginestière, CS 23079, 06202 Nice Cedex 3 0 Nice France

Fonction : Praticien Hospitalier

Période : 10/2012 - 08/2016

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

CHU DE NICE

Fonction occupée : Président du COMEDIMS

Rémunération : aucune

Période : 09/2018 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

NOVONORDISK

Fonction occupée : Expert Scientifique

Sujet : Rencontres Nationales des Internes

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Annuel 1 800 euros

Période : 08/2017 à aujourd'hui

NOVONORDISK

Fonction occupée : Consultant

Sujet : Board Diabète

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Annuel 1 500 euros

Période : 11/2016 à aujourd'hui

SANOFI

Fonction occupée : Expertise Scientifique

Sujet : Diabète

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 000 euros

Période : 10/2018 à aujourd'hui

SVR

Fonction occupée : Expertise Scientifique

Sujet : Avis sur les perturbateurs endocriniens en cosmétologie

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 3 000 euros

Période : 06/2018 à aujourd'hui

MSD

Fonction occupée : Consultant

Sujet : Board Diabète

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 000 euros

Période : 10/2016 - 12/2016

JOHNSON & JOHNSON (LIFESCAN)

Fonction occupée : Consultant

Sujet : Board Diabète

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 9 000 euros

Période : 05/2009 - 12/2014

NOVARTIS

Fonction occupée : Expertise Scientifique

Sujet : Pathologies Hypophysaires

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 400 euros

Période : 01/05/2019 à aujourd'hui

MERCK

Fonction occupée : Formation Scientifique

Sujet : Perturbateurs Endocriniens et Thyroïde à destination de médecins spécialistes et généralistes

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 1 000 euros

Période : 10/2018 - 04/2019

MEDTRONIC

Fonction occupée : Expertise Scientifique

Sujet : Diabète

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 920 euros

Période : 01/03/2019 - 30/04/2019

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

JOHNSON & JOHNSON (LIFESCAN)

Sujet : HYPO15 (étude de prise en charge des hypoglycémies sévères par les centres 15)

Type d’étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur coordonnateur

Rémunération : aucune

Période : 11/2012 - 09/2015

NOVO NORDISK

Sujet : Etude SOUL / Sécurité cardiovasculaire du sémaglutide oral

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : À l'organisme (CHU de Nice)

Montant perçu (Organisme) : Je ne sais pas

Période : 06/2019 à aujourd'hui

PIERRE FABRE MÉDICAMENT

Sujet : V011 CR 0 02 « Efficacy and safety of V0111 cream on open cracked heel in diabetic patients with polyneuropathy

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : À l'organisme (CHU de Nice)

Montant perçu (Organisme) : Total 0 euros

Période : 12/2013 - 02/2015

CHU DE NICE

Sujet : Polluants Organiques Lipophiles et Obésité Morbide

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Co-investigateur

Rémunération : aucune

Période : 01/2013 - 04/2019

NOVO NORDISK

Sujet : Etude SURE / Utilisation en vie réelle du sémaglutide

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : À l'organisme (CHU de Nice)

Montant perçu (Organisme) : Je ne sais pas

Période : 09/2019 à aujourd'hui

SANOFI AVENTIS FRANCE

Sujet : TELESAGE: Suivi A Grande Echelle d'une cohorte de patients diabétiques de type 1 par la TELEmédecine

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : À l'organisme (CHU de Nice)

Montant perçu (Organisme) : Total 12 000 euros

Période : 09/2012 - 01/2019

NOVONORDISK

Sujet : Etude de pratiques sur le dépistage du Diabète Gestationnel

Type d'étude : Etude monocentrique

Votre rôle : Investigateur coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (SARIE)

Montant perçu (Organisme) : Total 1 000 euros

Période : 01/2014 - 12/2015

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)

ELI LILLY

Sujet de l'article : Utilisation des biosimilaires de l'insuline

Rémunération : aucune

Période : 08/2016 - 12/2018

2.4.2 Intervention(s)

MSD

Lieu et intitulé de la réunion : Nice

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Hypoglycémies - Sitagliptine

Prise en charge du déplacement : Oui

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 525 euros

Période : 06/2017 - 06/2017

MSD

Lieu et intitulé de la réunion : Nice

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Hypoglycémies - Sitagliptine

Prise en charge du déplacement : Oui

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 525 euros

Période : 06/2017 - 06/2017

MSD

Lieu et intitulé de la réunion : Draguignan

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Hypoglycémies - Sitagliptine

Prise en charge du déplacement : Oui

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 280 euros

Période : 06/2017 - 06/2017

ELI LILLY

Lieu et intitulé de la réunion : Bordeaux - Congrès de la FENAREDIAM

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Symposium insulines basales - Glargine U100

Prise en charge du déplacement : Oui

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 1 087 euros

Période : 06/2017 - 06/2017

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

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

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 soussignée Pascale Guillot

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, l**es 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 :**

x☐ 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X☐**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 Hôtel-Dieu	5 allée de l'Ile Gloriette 44000 Nantes	Praticien Hospitalier	2000	En cours

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)*
CHU Hôtel-Dieu	5 allée de l'île Gloriette 44000 Nantes	Praticien Hospitalier	2000	En cours

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.

X☐ 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.

X☐ 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.

X☐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

X☐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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

X☐ 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

X☐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

X☐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.

X☐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

X☐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 Nantes .....

Le 13/06/2020 .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Marie-Laure Raffin-Sanson

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: PNDS Acromégalie**

☐ **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.

Professeur Marie-Laure RAFFIN-SANSON
Endocrinologie-Nutrition
Hôpital Ambroise Paré
92104 BOULOGNE CEDEX
Sec : 01 49 09 54 95 - Fax : 01 49 09 46 27
N° RPPS : 10099459088

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 : hypo@ap-hm.fr

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 Paris Saclay (Faculté de médecine Simone Veil)	Montigny le Bretonneux (France)	Professeur	Novembre 2000	

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)*
Assistance Publique hôpitaux de Paris Hôpital Ambroise Paré	9 Avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne	Médecin des hôpitaux, Chef de Service	Novembre 1996	

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)*
Collégiale des Endocrinologue d'Ile de France	Présidente	☐ ■ **Aucune**	Juin 2017	Juin 2022
		☐ 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 déplacement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Multiples laboratoire phamaceutiques notamment Ipsen,, Novonordisk, Lilly, et sociétés savantes SFE, SFD	Congres nationaux ou internationaux de la spécialité endocrinologie	Plusieurs interventions en rapport ou non avec l'acromégalie	■ 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)		

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

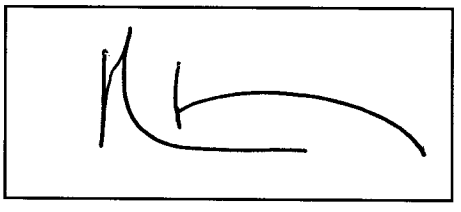
Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« 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 ».

Professeur Marie-Laure RAFFIN-SANSON
Endocrinologie-Nutrition
Hôpital Ambroise Paré
9, av. Charles de Gaulle
92104 BOULOGNE CEDEX
Sec : 01 49 09 54 95 - Fax : 01 49 09 46 27
N° RPPS : 10000498088
N° FINESS : 920100013

Fait à Boulogne

Le 28/08/2019



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Régis Coutant .....

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, l**es 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 :**

X 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 PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
PH Pédiatrie	CHU Angers	Septembre 2002	En cours
PU Pédiatrie	Faculté de Santé Angers	Septembre 2002	En cours

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

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

X 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 Angers Faculté de Santé-Université d'Angers	4 Rue Larrey Rue Amsler 49 000 Angers	PH PU	09/2002	En cours

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.

X 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)*
LILLY	Participation au conseil scientifique des RFLP (symposium Lilly en endocrinologie pédiatrique) En 2016, 2017, 2018, 2019, 2020	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	03/2015	12/2020
NOVO	Participation au conseil scientifique du symposium Francophone NOVO en 2020 Participation au conseil scientifique End agora de formation organisé par NOVO en 2020 Participation au conseil scientifique de l'étude des résultats staturaux des traitements par hormone de croissance des sujets nés SGA en 2020 Participation à la bibliographie en Webinar en 2020	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2020	En cours
PFIZER	Participation au conseil scientifique de l'étude « Charge du traitement par hormone de croissance chez les enfants »	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2020	En cours
MERCK	Participation au conseil scientifique de l'observatoire ECOS sur l'observance des traitements par hormone de croissance	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2019	En cours
IPSEN	Participation au conseil scientifique du registre IPSEN des traitements par hormone de croissance	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2019	En cours

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.

X 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)*
SANDOZ	Participation à l'observatoire des enfants traités par hormone de croissance	Somatotropine Sandoz	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X 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) association Loi 1901……		
IPSEN	Participation à l'observatoire des enfants traités par hormone de croissance	Somatotropine IPSEN	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X 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) association Loi 1901		
			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)*
NOVO	Webinar sur les resultats des TT par hormones de croissance dans le déficit des enfants survivants de cancer		○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	11/2020	11/2020
			○ 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. 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

X 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

X 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

X 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.

X 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

X 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 ANGERS.....

Le 3 janvier 2021 .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

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) Sophie CHRISTIN-MAITRE.....

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 Sorbonne Université : (préciser les fonctions occupées) PU-PH, cheffe de service, Hôpital St Antoine, APHP, Paris.....
.....
☐ 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 : 10000533744

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 : 26/09/2021

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)*
Sorbonne Université		PU-PH	Endocrinologie	2003	
AP-HP	Hôpital St Antoine	PU-PH, cheffe de service	Endocrinologie	2012	

☐ **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)*
Laboratoire Theramex	Zoom Réunion ponctuelle	Risque thromboembolique avec les nouvelles pilules à l'estradiol	○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	800 euros	Mai 2021	Mai 2021
Laboratoire Merck	Lyon Septembre 2021	Prise en charge des femmes déficitaires en LH	X Oui ○ Non	☐ Aucune X 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)*
		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)** - 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) Solange Grunenwald

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:** groupe de travail "prise en charge: traitement médicamenteux" du PNDS acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 Toulouse	1 rue viguerie 31000 Toulouse	Médecin (PH)	sept 2017	

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)*
Endocrinologue remplaçant	Toulouse	2013	11/2014

☐ **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 Toulouse	1 rue Viguerie 31000 Toulouse	CCA (méde-cin)	11/2014	05/2016

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)*
Novartis	Comité de réflexion (1 seule réunion)	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	5/2018	5/2018
		☐ 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)*
Ipsen	études cliniques	somatuline	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)	05/2010	02/2012
Novartis	étude clinique	~~vaccin~~ pasireotide	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)	2010	en cours
			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. <u>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</u>

☐ **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 déplacement	Rémunération	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Novartis	Clinique de l'Union Actualité en pathologie hypophysaire parisienne	parisienne	○ Oui ☑ Non	☒ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	09/17	09/17
Novartis	Paris Echange clinique	parisienne présentation d'un cas clinique	☑ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	03/17	03/17
			○ 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. 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 :

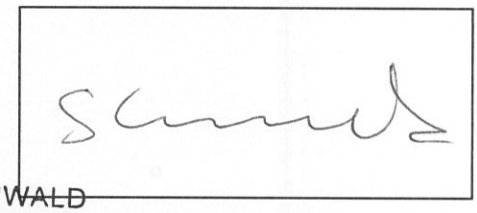
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Toulouse

Le 30/8/2019



Docteur Solange GRUNENWALD
Praticien Hospitalier - RPPS : 10100116457
Service d'Endocrinologie Maladies Métaboliques-Nutrition
CHU TOULOUSE - Hôpital Larrey
24 chemin de Pouvourville - TSA 30030
31059 Toulouse Cedex 9 - Tél. 05 67 77 17 01

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) DR Trijau Sophie.....

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 à PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
AP HM	Rue Brochier 13005 Marseille	PH rhumatologie	2012	En cours

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 :

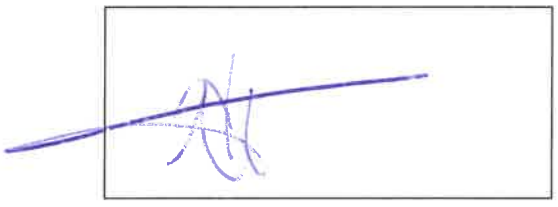
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Marseille

Le 27.09.2021



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Sabine Malivoir.....

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, l**es 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 en psychologie**.....

☐ **autre : préciser : psychologue clinicienne**.....

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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	AV Victoria Paris 4°	Psychologue Clinicienne		

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)*
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	La Pitié Salpêtrière Paris	Psychologue clinicienne		

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.

X☐ 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.

X☐ 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.

X☐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

X☐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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

X☐ 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

X☐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

X☐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.

X

X☐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

X☐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 Paris.....

Le 28 mai 2021 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) SARAH VERRECCHIA

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 :** des hospices civils de Lyon

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
HCL	59 blvd Pinel 69500 Bron	Médecin	11/2019	02/2022

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)*
		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) …… …… ……		

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 Lyon

Le 17/06/21

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussignée Dr Laurence Guignat .....

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: PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
APHP	3 avenue de Victoria 75004 Paris	PH temps plein	11/2007	En cours

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)*
Novartis	Nancy Congrès de la Société Française d'Endocrinologie Déjeuner/débat Journée paramédicale	Education thérapeutique insuffisance surrénale Mallette Cap Surrénales	Oui	Aucune	Mai 2018	
HAC Pharma	Limoges Réunion régionale	Education thérapeutique insuffisance surrénale	Oui	Aucune	Juin 2017	
HAC Pharma	Nancy Réunion régionale	Education thérapeutique insuffisance surrénale	Oui	Aucune	Juin 2017	
Novartis	Bordeaux Congrès de la Société Française d'Endocrinologie Journée paramédicale	Education thérapeutique insuffisance surrénale	Oui	Aucune	Octobre 2016	

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)*
		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) …… …… ……		

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 :

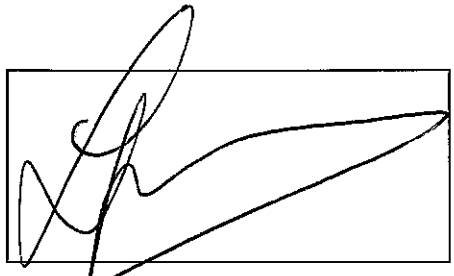
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Paris .....

Le 8/9/2021 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Salenave Sylvie .....

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 à** PNDS Acromegalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris AP-HP	3 Avenue Victoria, Paris · 01 40 27 40 32	Praticien hospitalier		

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)*
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris AP-HP	3 Avenue Victoria, Paris · 01 40 27 40 32	Praticien hospitalier	01/12/20	31/10/2020

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)*
				☐ Aucune		
				☐ Aucune		
PHRC	Reproductibilité et utilité du freinage de l'hormone de croissance par l'hyperglycémie provoquée par voie orale pour le diagnostic d'acromégalie	Acromégalie	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ■ Etude multicentrique Votre rôle : ■ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune	10/07/2020	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)*
			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

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 Paris

Le 11/06/2021

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

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) Thierry BRUE

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 à AP-HM et Aix-Marseille Université, Coordonnateur de CRMR

.....

☐ 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) .....

.....

X de personne invitée à apporter mon expertise à l'ANSM dans le cadre d'un Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)

.....

☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : **1000 33 60 822**

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 : **13 novembre 2020**

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) : NEANT**

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 : NEANT**

:

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

XAutre (activité bénévole, retraité…) :

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Consultations spécialisées (2h/semaine)	SNCF, Cabinet médical Saint-Charles	2014	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.

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)*
SHIRE	Consultant	Hydrocortisone (Plenadren)	☐ Aucune **X Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	5500	2016	2016
PFIZER	Orateur sympo Consultant	Pegvisomant (acromégalie) Genotonorm (déficit en GH de l'adulte)	☐ Aucune **X Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	4000/an	2016	2020
NOVARTIS			☐ Aucune **X Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……			
IPSEN			☐ Aucune **X Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	650	2019	

CORCEPT			☐ Aucune **X Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	800	2019	
ADVANZ			☐ Aucune **X Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	1800	2019	
RECORDATI			☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	800	2020	

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)*
NOVARTIS		PASIREOTIDE	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ 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) ADEREM……	30000	2015	2018
IPSEN		LANREOTIDE	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ 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) ADEREM…	20000	2016	2018
CORTENDO		LEVOKETOCONAZOLE	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ 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) ADEREM…	10000	2017	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)*
PFIZER	GENOTONORM	☐ Aucune ☐ Au déclarant XA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Laboratoire MMG, UMR INSERM – Aix Marseille Université	50000	2017	2020
		☐ 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)*
PFIZER	Actualités sur l'acromégalie	X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… ……	1400/an	2015	2019
		☐ 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)*
NOVARTIS	5th Nordic Endocrine Symposium , Copenhagen, DK	Pasireotide, a new treatment option for the treatment of Acromegaly	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1000	26 Mars 2015.	
PFIZER	Réunions scientifiques du centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM),	Actualités sur l'acromégalie en 2015	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1000	11 Septembre 2015	
PFIZER	European Society Meeting, Pfizer Sylmposium, Munich,	Acromegaly disease evaluation using ACRODAT	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1000	29/05/2016	
IPSEN	Réunion scientifique du CHU de Toulouse, Toulouse	Diagnostic précoce de l'acromégalie	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	700	17/09/2016	

PFIZER	Congrès de la Société Française d'Endocrinologie, Symposium Pfizer, Bordeaux. ,	Nouveaux outils de suivi de l'acromégalie	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	800	07/10/2016	
IPSEN	Latin America Knowledge Network meeting, Marseille	Novel immune causes of hypopituitarism	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	700	21 Novembre 2016	
IPSEN	Réunion « Challenges en Acromégalie » Paris	Résea ux Centre de référence et Registres : Travailler ensemble pour mieux traiter l'acromégalie.	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	700	21 novembre 2019	
PFIZER	Symposium Pfizer au 36 ème congrès de la Société Française d'Endocrinologie, Marseille	Modérateur	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	700	7-10 Octobre 2020	
RECORDATI	Symposium Recordati au 36 ème congrès de la Société Française d'Endocrinologie, Marseille	Intervenant et modérateur Evolution de la prise en charge des patients & avancées thérapeutiques	X Oui ○ Non	○ Aucune X Au déclarant ○ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	1400	7-10 Octobre 2020	

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.

☐ **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)
	SANOFI	X Ingénieur Production depuis 2017	☐
		☐	☐
		☐	☐

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

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

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

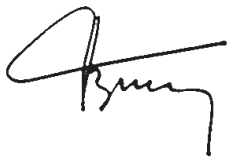
X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

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)*	
SANOFI	Fils	Ingénieur Production	2017	En cours	non



Signature non rendue publique

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) , **Thomas CUNY**

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, l**es 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 à PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*	ix Marseill
APHM	80 Rue Brochier, 13354 Marseille	Pratcien Hospitalier	09/2018	–
Aix Marseille Université	Jardin du Pharo, 58 Boulevard Charles Livon, 13007 Marseille	Maitre de conférence des Universités	09/2018	–

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)*
APHM	80 Rue Brochier, 13354 Marseille	Pratcien Hospitalier	09/2018	–
Aix Marseille Université	Jardin du Pharo, 58 Boulevard Charles Livon, 13007 Marseille	Maitre de conférence des Universités	09/2018	–

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 :

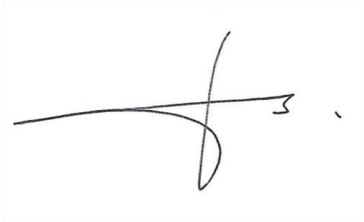
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 **Marseille**

Le **29 juillet 2019**



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

Je soussigné(e) **Pr Yves Reznik**

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 à « PNDS Acromégalie »**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 Caen	14033 Caen cedex	PU PH	2000	—

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la fabrique ...

☐ **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)*

2.1. 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) …… …… ……		

auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence

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) …… ……		

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) …… …… ……		

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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) …… …… ……		

financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social est 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

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

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 Caen

Le 10/11/2020

Professeur REZNIK Yves
Médecine d'Endocrinologie Diabétologie
Niveau 18 - RPPS 10003783544
CHU - CS 30001 - 14033 CAEN Cedex 9

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) BOULIGAND Jérôme .....

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 à PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
UNIVERSITE PARIS SUD	91405 Orsay cedex	MCU-PH	09/2009	

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)*
UNIVERSITE PARIS SUD	91405 Orsay cedex	MCU-PH	09/2009	

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)*
		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) …… …… ……		

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 LE KREMLIN BICETRE.....

Le 29/07/2019

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Anne BARLIER.....

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, l**es 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 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Aix Marseille Université et Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille	Palais du Pharo, Bd Charles le Livon, Marseille Rue Brochier, 13005 Marseille	PUPH	100%	

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)*
Aix Marseille Université et	Palais du Pharo, Bd Charles le Livon, Marseille	PUPH	100%	
Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille	Rue Brochier, 13005 Marseille	PUPH	100%	

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)*
Laboratoire Novartis	Consultant	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Septembre 2017	Septembre 2019
		☐ 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)*
Novartis	2ème journée digestive régionale Tumeur endocrine digestive	La biologie Moléculaire à l'aide du clinicien dans les TNE	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	28 septembre 2018	
Ipsen	Endomaster class 2019 Approches multidisciplinaire dans les pathologies hypophysaires et tumeurs neuroendocrines	Caractérisation génotypique des phéochromocytomes et paragangliomes	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	31 janvier et 1er février 2019	
Ipsen	Endomaster class 2018 Approches multidisciplinaire dans les pathologies hypophysaires et tumeurs neuroendocrines	Génétique des adénomes hypophysaire	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	8 et 9 février 2018	
Ipsen	Latin American Knowledge Network (LAKN)	Indication and interest of oncogenetic analysis in endocrine tumors	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	21-23 novembre 2016	
Novartis	Seminaire Novartis Oncologie	Tumeurs Neuroendocrines Digestives	X Oui	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	13 septembre 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)*
ADEREM (Association pour le développement des Recherches Biologiques et Médicales au centre Hospitalier Régional de Marseille)	Laboratoire NOVARTIS	5%	Janvier 2017	Novembre 2018

(*) % 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 :

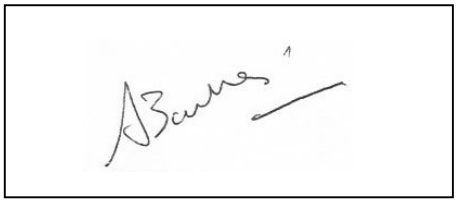
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Marseille

Le 31 juillet 2019.....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Sarah Castets .....

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, l**es 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 à : PNDS acromegalie**

☐ **autre :** .....

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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
AP-HM	80 rue Brochier, 13005 Marseille	Praticien hospitalier	11/2017	En cours

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)*
AP-HM	80 rue Brochier, 13005 Marseille	Praticien hospitalier	11/2017	En cours
Hôpital de Bourg en Bresse	900 route de Paris, 01012 Bourg en Bresse	Praticien hospitalier	01/2017	07/2017
HCL	3 quai des Celestins, 69002 Lyon	CCA-Assistante des hôpitaux	11/2014	11/2016

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)*
Edimark	58th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE)	Rédaction de brèves	Oui	Au déclarant	09/2019	09/2019
SFP (Société Française de pédiatrie)	Congrès de la SFP	Pas à Pas « L'enfant trop petit »	Oui	Aucune	06/2019	06/2019
Elsevier	Highlights congrès ECE 2017 (Lisbonne)	Rédaction de brèves	Oui	Au déclarant	05/2017	05/2017
ESPE (European Society for Pediatric Endocrinology)	55th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE)	Reference values for external genitalia size and steroid hormone levels in female neonates	Oui	Aucune	09/2016	09/2016
ESPE (European Society for Pediatric Endocrinology)	54th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE)	FOXL2 gene and combined pituitary hormone deficiency: a possible link	Oui	Aucune	09/2015	09/2015

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)*
Allocation d'aide aux études Novonordisk-SFEDP (17500 euros) pour étude clinique « Qualité de vie et dimensions psychosociales chez les enfants présentant un déficit hypophysaire » Promoteur APHM	NOVONORDISK	06/2019	06/2019

(*) % 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

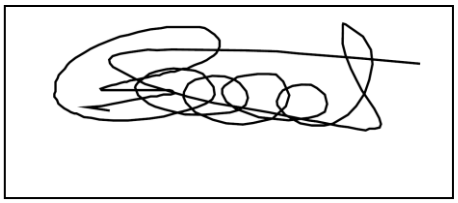
« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent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

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : □ et signez en dernière page

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.4

Entreprise ou organisme	Montant perçu
Elsevier	2800 euros
Edimark	1500 euros
Springer Healthcare IME / EXCEMED	500 euros



Fait à Marseille.....

Le 10/11/2020.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) GAILLARD Stephane.

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 à** PNDS Aeromycoses.

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
- APHP	Hôpital Pitié-Salpêtrière.	Neurochirurgie	02/21	—
- Foch	40 rue worth 92151. Suresnes	Neurochirurgie chef de service	11/96	01/21

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)*
idem				

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 :

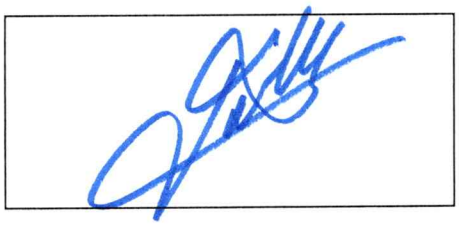
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Paris

Le 31/05/21



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Valentin CALUGARU .....

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 :**

x☒ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Institut CURIE	26 rue d'Ulm 75005 Paris	Médecin	11/2007	En activité

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)*
Institut CURIE	26 rue d'Ulm 75005 Paris	Médecin	11/2007	En activité

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.

X 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.

X ☒ 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.

x☒ 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

X ☒ 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 déplacement	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

x ☐ **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

X **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

x☒ **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.

X☒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

X ☒ **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 Paris.....

Le 28/05/2021.....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Bruno Vergès

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, l**es 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 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 : hypo@ap-hm.fr

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 de Bourgogne	Maison de l'université, Espl. Erasme, 21078 Dijon	Professeur des Universités - Praticien hospitalier	Oct 1991	En cours

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)*
Novo-Nordisk	○ Expertise	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	Mars 2015	Juillet 2019
Lilly	• Expertise	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	Juillet 2019	En cours
Novartis	• Expertise	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	Janvier 2016	Décembre 2018
Servier	• Expertise	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	Janvier 2016	Décembre 2018

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)*
Novo-Nordisk	Etude cinétique Diabète	Liraglutide	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) **CHU Dijon**……	Janvier 2014	Décembre 2017
Astra-Zeneca	Etude cinétique diabète	dapagliflozine	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) **CHU Dijon**……	Juin 2017	En cours
Bayer	Etude cliniques FIDELIO et FIGARO Néphropathie diabétique	Finerenone	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) **CHU Dijon……**	Novembre 2017	En cours
Sanofi	Diabète	sotagliflozine	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) **CHU Dijon**……	Mai 2018	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)*
Novo-Nordisk	Congrès SFD Bordeaux 2015	Quoi de neuf sur les actions du GLP-1?	⊗ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Mars 2015	Mars 2015
Astra-Zeneca	HORIZONS DIABÈTE Paris	Dylipidémies chez le patient diabétique	⊗ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Octobre 2016	Octobre 2016
Novo-Nordisk	THIRD AFRICAN DIABETES CONGRESS Yaoudé	Clinical evidence of Liraglutide in type 2 diabetes	⊗ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Avril 2017	Avril 2017
Amgen	AMGEN MASTERClass Paris	Dyslipidémie du sujet diabétique	⊗ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Octobre 2017	Octobre 2017
MSD	CONGRÈS CŒUR ET DIABÈTE (CODIA) Paris	Bénéfices cardiovasculaires des inhibiteurs SGLT2 : quels sont les mécanismes en jeu ?	⊗ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Septembre 2018	Septembre 2018

Servier	CONGRÈS CŒUR ET DIABÈTE (CODIA) Paris	Athérosclérose et insulino-résistance	○ Oui ⊗ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Septembre 2018	Septembre 2018
Lilly	XXVIIIème journées lilly de diabétologie Paris	Hypoglycémie et rique cardiovasculaire: données physiopathologiques	⊗ Oui ○ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Janvier 2019	Janvier 2019
Novo-Nordisk	Congrès SFD Marseille 2019	Effets cardiovasculaires des nouveaux agents hypoglycémiants et mécanismes d'action supposés.	○ Oui ⊗ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Mars 2019	Mars 2019
Lifescan	Congrès SFD Marseille 2019	Analyse de l'impact médico-économique de l'autosurveillance glycémique.	○ Oui ⊗ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Mars 2019	Mars 2019

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 :

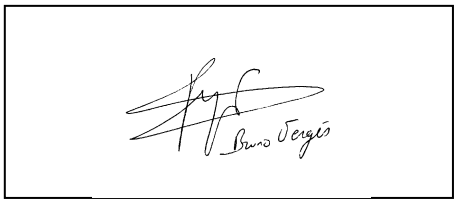
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Dijon.....

Le 19 août 2019.....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) catherine LANÇON

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, l**es 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 à .....

autre : usager .....

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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
SAS LETOVE	2 rue des Joyeux 13710 FUVEAU	employée polyvalente	08/2021	

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)*
ODALYS Résidences	855 rue René Descartes Parc de la Duranne AIX-EN_PROVENCE	Gestionnaire de baux commerciaux	08/2018	07/2021

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)*
			◦ 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)		

1. 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 :

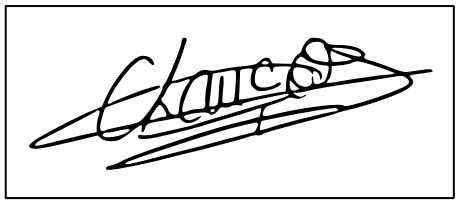
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 FUVEAU .....

Le 28/09/2021 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Emmanuel Sonnet .....

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, l**es 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 à** .....

X☐ autre : élaboration du PNDS Acromégalie .....

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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

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

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
CHRU de Brest	Avenue Foch 29200 Brest	Médecin des hôpitaux	11/2000	En cours

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.

X ☐ 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.

X ☐ 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)*
Kappa santé	Etude observationnelle	Sandostatine LP ® : évaluation de satisfaction infirmière de la préparation et de l'administration intra-musculaire de l'ancienne et de la nouvelle formulation.	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	04/2018	07/19
			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

X ☐ 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)*
Ipsen	Larmor-Plages : « actualités en endocrinologie »	Cancer et acromégalie	○ Oui ○ X Non	☐ X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	11/18	11/18
			○ 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. 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

X ☐ 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

X ☐ 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

X ☐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.

X ☐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

X ☐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 Brest.....

Le 26 juillet 2019.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Regis Jean

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, l**es 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 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Aix Marseille Université	Bvd Jean Moulin	Professeur des Universités	Sept 2003	

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)*
Elekta Instrument	Consultant	☐ Aucune * Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2015	2020
		☐ 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)*
			○ 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) …… …… ……		

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)*
APHM	Intuitive Therapeutic		2016	2020

(*) % 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 Marseille

Le 1 Juin 2021



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr Lucile Moreau-Grangé.....

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, l**es 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: PNDS Acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 Rouen	1 rue de Germont 76031 rouen cedex	PH Endocrinologie	Novembre 2011	

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)*
NOVARTIS	EOLIA	Etude observationnelle	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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 Rouen.....

Le 21/11/2019.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) RIGHINI Maud .....

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, l**es 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:**

x de personne invitée à apporter mon expertise à PNDS Acromégalie .....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 .....

Le .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Nathalie JEANDIDIER.....

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, l**es 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 :**

x 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 PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X **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 de Strasbourg Faculté de Médecine	4, rue Kirschleger 67000 STRASBOURG	P.U-P.H	1989	NA

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.

X 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.

X 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)*
Promoteur HUS	PHRC n 5545 Dr Sebastien Gaertner	Dépister, suivre et prévenir les anomalies vasculaires associées au syndrome de turner	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique x Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal x Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	X 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

X 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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

X 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

X 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

X 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.

X 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

X 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 Strasbourg .....

Le 28/05/2021 .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Chabbert-Buffet Nathalie .....

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, l**es 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 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Sorbonne Université	4 Place Jussieu 75005 Paris	PUPH	01/09/2012	En cours

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)*
idem				

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 :

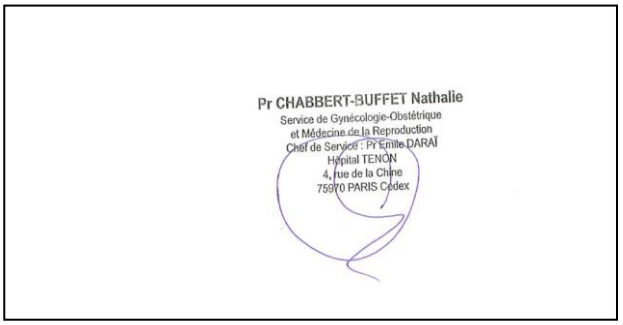
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin
Cf edition transparence sante			

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 Paris .....

Le 30/08/2019 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e)Pr Olivier CHABRE .....

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, l**es 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 à PNDS Acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 Grenoble Alpes	Faculté de Médecine 38700 la TRONCHE	PU-PH	09/2002	En cours

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)	01/2017	01/2020
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2020	09/2021
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2017	09/2021

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)*
RECORDATI Rare Disease	Participation gratuite à des boards de RECORDATI sur médicaments du syndrome de Cushing, mais dont un (Signifor) est aussi employé dans l'acromégalie	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2020	En cours
		☐ 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)*
Université Lyon (Pr Raverot) et Novartis	Etude Eolia	Expression des récepteurs de la somatostatine dans des tumeurs hypophysaires responsables d'acromégalie	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) …CHU Grenoble Alpes	11/2017	01/2021
			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)*
Novartis	Bresson (Isère) Acromégalie Actualités thérapeutiques	04/11/2018	○ Oui ○ **Non**	☐ Aucune ☐ **Au déclarant** ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	04/11/2018	04/11/2018
			○ 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. 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 GRENOBLE.....

Le 28/09/2021.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Pr Peter KAMENICKY .....

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, l**es 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 à PNDS Acromégalie** .....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Faculté de Médecine, Université Paris-Saclay	63 rue Gabriel Péri 94 275 Le Kremlin Bicêtre	PU-PH	0/2019	-

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)*
Faculté de Médecine, Université Paris-Saclay	63 rue Gabriel Péri 94 275 Le Kremlin Bicêtre	MCU-PH	9/2012	9/2019

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)*
IPSEN	Consultant /expert	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	1/2018	12/2019
		☐ 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)*
Pfizer	Étude clinique, promoteur industriel	Atteinte cardiaque dans l' acromégalie	Type d'étude : x Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal x Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	1/2013	12/2018
			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) …… …… ……		

			<u>Type d'étude</u> : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique <u>Votre rôle</u> : ☐ 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)*
Ipsen	ECE	Acromégalie – diagnostique	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	5/2016	5/2016
Pfizer	8th Congress on Acromegaly Management	Sodium and water homeostasis in acromegaly	X Oui ○ Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	10/2/2018	10/2/2018
Ipsen	Challenges in acromegaly	Complications cardiaques de l'acromégalie	○ Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	11/2020	11/2020

Pfizer /ESE	Clinical Update in acromegaly	Diagnistic Pitfalls in Acromegaly	○ Oui X Non	x Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	10/2020	10/2020

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

X 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

X 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

X 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.

X 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

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

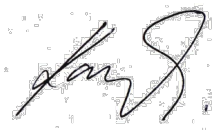
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Paris.....

Le 27/09/2021.....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Philippe THUILLIER .....

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, l**es 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: PNDS acromégalie**

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
CHRU de Brest	Boulevard Tanguy Prigent 29200 Brest	CCA	01/11/15	

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 Brest.....

Le 13/08/2019.....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e)Philippe Touraine .....

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, l**es 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 :**

xde 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
AP-HP	Av Victoria paris	Chef de Service PU-PH	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)*
APHP				

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)*
Activité médicale libérale		☐ Aucune xAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2007	
		☐ 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.

X 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.

X☐ 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

X☐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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

X☐ 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

XJe 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

X☐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.

XJe 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

X☐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 Paris.....

Le 28/08/2019.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

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 TOURS

Le 09/06/2021 .....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) REYNAUD RACHEL .....

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, l**es 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 à PNDS ACROMEGALIE** .....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Aix Marseille Université APHM CHU Timone Enfants	264 rue Saint Pierre	PUPH Pédiatrie	09/2012	

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)*
Présidente de la SFEDP	Paris	06/2017	06/2019

☐ **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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 :

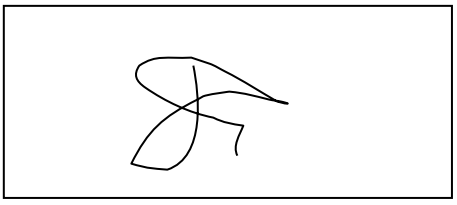
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 Marseille .....

Le 31.05.2021 .....



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Marie-Christine Vantyghem.....

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, l**es 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:**

☐**X de personne invitée à apporter mon expertise au PNDS acromégalie**.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
CHRU Lille	1 rue du professeur Laguesse	PU_PH	2011	En cours

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)*
CHRU Lille	1 rue du professeur Laguesse	PU_PH	2011	En cours

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.

☐ X **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.

☐ X **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.

X☐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

☐X **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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

☐ X**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) …… …… ……		

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

☐X **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

☐X **e 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.

☐**X** **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

☐**X** **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 LILLE .....

Le 7-9-2019.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Dr VILLANUEVA Carine.....

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, l**es 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:**

x☐ de personne invitée à apporter mon expertise à la rédaction d'un PNDS.....

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*

X ACtivité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Praticien hospitalier temps plein	Service endocrinopédiatrie Hopital Femme Mere Enfant	Septembre 2014	En cours	

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)*
Praticien hospitalier temps plein	Service endocrinopédiatrie Hopital Femme Mere Enfant	Septembre 2014	En cours	

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.

X☐ 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.

X☐ 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.

X☐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

X☐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)*
			○ 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) …… …… ……		

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

X☐ 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

X☐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

X☐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.

X☐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

X☐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 ».

Signature obligatoire
(Mention non rendue publique)

GROUPEMENT HOSPITALIER EST
Hôpital Femme-Mère-Enfant
Docteur Carine VILLANUEVA
Praticien Hospitalier
Endocrinologie Diabétologie & Métabolismes Pédiatriques
59, Boulevard Pinel - 69677 BRON CEDEX
Code Finess : 690 007 539
Tél. 04 72 12 95 27

Fait à Lyon .....

Le 12.8.2019

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Cécile Thomas-Teinturier.....

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, l**es 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 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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
AP-HP Hôpitaux universitaires Paris-Saclay, Hôpital de Bicêtre	78 rue du général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre	PH	04/2011	

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)*
			○ 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) …… …… ……		

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 Bicêtre.....



Le 28/05/2021.....

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) Véronique RAVEROT .....

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, l**es 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 à** l'élaboration du PNDS Acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
Hospices Civils de Lyon	3 quai des célestins 69002 Lyon	Praticien Hospitalier	01/2009	En cours

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)*
Groupe de Recherche sur la Thyroïde	Secrétaire	**X Aucune** ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ……	2017	En cours
IFCC –C-STFT (comité de standardisation des tests de la fonction thyroïdienne (C-STFT) sous l'égide de l'IFCC	Corresponding member	**X Aucune** ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ……	2018	En cours
		☐ 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)*
ABBOTT FRANCE	Formation	**X Aucune** ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	24 et 25/ 02/2014	
ROCHE DIAGNOSTICS FRANCE	Conseil	**X Aucune** ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	28/08/2015	03/09/2015
ROCHE DIAGNOSTICS FRANCE	Mission de consulting	☐ Aucune ☐ Au déclarant **X A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)** ……Ezus…… …… ……	16/09/2016	15/09/2018
		☐ 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)*
			○ 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) ……. ……. ……		

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 Lyon

Le 02/08/2019



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné, Jean-Louis Pépin,
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, l**es 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 à** BlueDil/IPSEN - Proposition de rencontre, projet acromégalie

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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 Grenoble-Alpes	Bd de la Chantourne 38700 La Tronche	Chef de la clinique de Physiologie, sommeil et exercice Pôle THORAX et VAISSEAUX du CHU Grenoble-Alpes Responsable Pôle Recherche et DRCI du CHU Grenoble Alpes Responsable Equipe Recherche clinique unité INSERM U 1042 JPepin@chu-grenoble.fr Tel : 04 76 76 84 73		

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)*
			○ 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) ……. ……. ……		

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

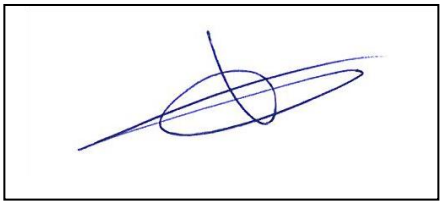
☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin
Subventions de recherche	Resmed, Philips, Fisher and Paykel, Agiradom, Astra ZenecaMutualia (research support), Vitalaire Air Liquide Foundation (research support)SEFAM		
Honoraires et activité de conseil	Resmed, Philips, Agiradom, Astra Zeneca, JAZZ, ITAMAR, SEFAM		

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 La Tronche

Le 30/07/2019

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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e)

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 ACIDOCÉTOSE

☐ **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 : hypo@ap-hm.fr

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)*
CH PAU	Boulevard Hauterive 64000 PAU	PH	11-17	—

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)*
CH PAU	Blvd Hauterive	PH	11-17	-
CHU BORDEAUX	Place Amélie Rabat-Léon 33000 Bordeaux	Interne et CCA	11-11	11-17

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)*
			○ 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)		

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 :

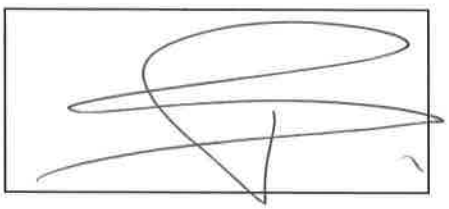
Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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 PAU

Le 29/7/15



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 du CRMR HYPO. 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.

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 : hypo@ap-hm.fr